FACULTE DE MEDECINE

CRETEIL

UNIVERSITE PARIS XII

ANNEE 1971 **THESE** N° 10

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean DE MONTAIGNAC

Né le 27 mai 1941 à CLERMONT–FERRAND (63)

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la SEINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . . .

LES RELATIONS ENTRE L'HYSTERIE ET L'EPILEPSIE

PROBLEMES PRATIQUES ET THEORIQUES

A propos de 17 observations

Président : M. BOURGUIGNON, Professeur

EDITIONS MEDICALES EM ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

FACULTE DE MEDECINE

CRETEIL

UNIVERSITE PARIS XII

ANNEE 1971 **THESE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean DE MONTAIGNAC

Né le 27 mai 1941 à CLERMONT–FERRAND (63)

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la SEINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . . .

LES RELATIONS ENTRE L'HYSTERIE ET L'EPILEPSIE
PROBLEMES PRATIQUES ET THEORIQUES
A propos de 17 observations

Président : M. BOURGUIGNON, Professeur

EDITIONS MEDICALES EM ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A la mémoire de ma tante Lili,

de qui je tiens sans doute ma vocation médicale.

A la mémoire de ma tante Lilli,

de qui je tiens sans doute ma vocation médicale.

A ma Femme,

fidèle compagne de mes longues études.

A nos Enfants,

A mes Parents,

qui ont su mener à bien l'éducation

de leur sept enfants,

A mes Beaux-Parents,

qui m'ont accueilli comme un fils.

A ma Femme.

Fidèle compagne de mes longues études.

A mes Enfants.

A mes Parents,

qui ont aumener à bien l'éducation

de leur sept enfants.

A mes Beaux-Parents,

qui m'ont accueilli comme un fils.

A ma soeur Colette,

marraine attentionnée,

A mes Frères et Soeurs,

A mes beaux-frères et belles-soeurs,

A tous mes Amis.

A ma soeur Colette,

marraine attentionnée,

A mes Frères et Soeurs,

A mes beaux-frères et belles-soeurs,

A tous mes Amis.

A notre Président de thèse

Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

Professeur à la Faculté de Médecine de Créteil

qu'il veuille bien accepter l'hommage de
notre profond respect et de notre gratitude
pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant
de présider cette thèse.

A Monsieur le Docteur BOUTTIER

Médecin de l'Hôpital Paul-Brousse

Nous avons passé dans votre Service, notre meilleure année d'internat;

Vous nous avez proposé le sujet de ce travail réalisé dans votre Service, et aidé de vos conseils;

Qu'il nous soit permis de vous en témoigner notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur FERREY

Chef de Clinique, Assistant des Hôpitaux.

Sans qui cette thèse n'eut pu être menée à bien,

Avec notre amicale et sincère gratitude.

A mes Maîtres d'externat :

- des Hôpitaux de Clermont-Ferrand -

Monsieur le Professeur GERMAIN
Monsieur le Professeur POMME
Monsieur le Docteur PLANCHE,

qui nous initia à la Psychiatrie.

- des Hôpitaux de Paris -

Monsieur le Professeur GILBERT DREYFUS
Monsieur le Professeur SORS
Monsieur le Professeur COURY
Monsieur le Professeur ABOULKER
Monsieur le Professeur MICHAUX
Monsieur le Professeur DUCHE
Monsieur le Docteur DEPIERRE,

dont nous fûmes l'interne durant une année,

Monsieur le Docteur POINTILLART.

A mes Maîtres d'Internat Psychiatrique -

- à l'Hôpital de Maison Blanche :

Madame le Docteur JOYEUX-QUERCY

- à l'Hôpital Colson (Martinique) :

Monsieur le Docteur AMEIL

Monsieur le Docteur BRISOU

- à l'Hôpital Paul Brousse :

Monsieur le Docteur BOUTTIER

Monsieur le Docteur GACHKEL

Mademoiselle le Docteur JOUVE

- à l'Hôpital Sainte-Anne :

Monsieur le Professeur DENIKER.

P L A N

INTRODUCTION

I - HISTORIQUE

II - RAPPEL SEMIOLOGIQUE

III - PRESENTATION ET DISCUSSION DES OBSERVATIONS

IV - QUELQUES CONSIDERATIONS A PROPOS DES OBSERVATIONS PRESENTEES

V - CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE.

INTRODUCTION

Déjà BRIFFAUT, en I85I, introduisait sa thèse consacrée aux rapports de l'hystérie et de l'épilepsie par ces mots : "Se décider à écrire sur l'hystérie et l'épilepsie c'est s'enlever tout d'abord la prétention d'être neuf".

Nous souscrivons à cette affirmation. Et si nous avons entrepris, à notre tour d'effectuer un travail sur ce sujet, c'est que nous avons été fortement marqués par un incident arrivé à un de nos malades : ce sujet, qui se présentait comme un hystérique très caractéristique, faisant des crises épileptiformes, fit après quinze jours d'hospitalisation, des crises épileptiques subintrantes qui faillirent lui être fatales.

L'observation de ce sujet, qui posa pour nous de manière très concrète les problèmes des rapports entre l'hystérie et l'épilepsie, nous engagea à rechercher si de tels problèmes se posaient souvent, en pratique.

o

o o

Notre moisson, qui s'est étendue sur une année, nous a permis de recueillir une quinzaine d'observations dans le service de Neuro-psychiatrie du Docteur BOUTTIER (Hôpital Paul BROUSSE). Ces observations sont certes d'un intérêt inégal, mais toutes posent le problème des relations entre hystérie et épilepsie: et nous ont permis d'approfondir différents aspects de ces relations.

o

o o

Nous avons divisé cette étude en quatre parties.

Dans la première, nous procédons à une brève revue de l'évolution des idées concernant l'hystérie, l'épilepsie et leurs relations.

La seconde partie est consacrée à un rappel sémiologique, clinique et paraclinique que nous avons voulu assez complet, afin d'avoir de solides bases de discussion.

Dans un troisième chapitre, nous présentons et discutons brièvement chacune de nos observations.

Enfin, last but not least; nous avons tenté dans une dernière partie deux démarches : l'une partant des faits que nous avons observés, l'autre découlant de cette première démarche.

- Notre première démarche, tend à insister sur les difficultés que nous avons eues, contrairement à ce qui est classique d'affirmer, à faire le diagnostic certain de crise épileptique ou d'épisode hystérique. Tout se passe comme si, ce qui est écrit dans les manuels ou les revues, ne se retrouvait que rarement dans la pratique courante.

- Notre deuxième démarche, plus spéculative, tire ses prémisses de la première : devant ces difficultés de diagnostic, le flou des limites entre l'hystérie et l'épilepsie, l'espèce de mouvement de bascule qu'il nous a semblé exister entre ces deux affections, nous pesons le problème d'une entité unique, à expression bicéphale, hypothèse théorique en contradiction avec la dualité actuellement universellement admise aujourd'hui, du moins dans les milieux neurologiques qui opposent l'épilepsie, affection organique, essentielle ou non, à l'hystérie, affection psychogénétique dont les bases organiques n'ont pu être mises en évidence.

HISTORIQUE

Nous envisagerons successivement l'évolution des idées concernant l'hystérie, l'épilepsie et les rapports entre ces deux affections.

I - EVOLUTION DES IDEES CONCERNANT L'HYSTERIE (I)

Dans l'Antiquité, l'hystérie est considérée comme une maladie d'origine utérine (υϭτερα = matrice); définition pathogénique empruntée aux Egyptiens Les premières descriptions indiscutables de manifestations hystériques sont dûes à Hippocrate, dans son ouvrage "des épidémies" il attribue - comme les Egyptiens, ces troubles au déplacement de l'utérus; et fait bien la différence entre l'épilepsie, dont il considère le point de départ comme cérébral et l'hystérie convulsive, dont il affirme l'origine utérine.

Pour SORANUS d'EPHESE, au contraire, l'utérus ne se déplace pas; l'hystérie est pour lui une maladie dûe au "rétrécissement de l'utérus", rétrécissement à l'origine de la manifestation clinique typique : la convulsion généralisée, de durée brève et non accompagnée d'amnésie, ceci permettant le diagnostic différentiel avec l'épilepsie.

Cette notion d'origine utérine de l'hystérie va persister jusqu'au XVIè siècle on la retrouve encore chez PARACELSE (1567).

(I) Nous avons fait de larges emprunts à l'article du Professeur [illegible] PICHOT, parus sur ce sujet dans la Revue "Confrontations Psychiatriques" Ed. Specia n° 1 - 1968.

C'est au début du XVIIè siècle que Charles LEPOIS va affirmer l'origine cérébrale de l'hystérie. A la même époque, SYDENHAM distingue dans l'hystérie, des "causes externes ou à distance", des "causes internes ou immédiates". Il dénomme par ailleurs l'hystérie chez l'homme, hypocondrie.

Mais à la moitié du XIXè siècle, il existe encore de nombreux partisans de l'origine utérine de l'hystérie : en témoigne le prix décerné par l'Académie de Médecine à LANDOUZY, défenseur de la théorie utérine, ex aquo avec BRACHET, défenseur de la théorie nerveuse.

C'est à la même époque que VON FEUCHTERSLEBEM d'une part, CARTER d'autre part, s'intéressent à l'aspect psychologique de l'hystérie, le premier mettant l'accent sur l'importance des rêves comme langage de l'inconscient, le second en insistant sur le rôle du refoulement dans la génèse de l'hystérie : précurseur en cela et peut-être inspirateur de FREUD.

Mais c'est CHARCOT, qui, dans ses célèbres leçons du mardi à la Salpétrière, fait de l'hystérie une entité nosologique bien définie, qu'il dénomme hystéria-major, ou grande hystérie ou hystéro-épilepsie à crises mixtes, dont les crises ont un déroulement stéréotypé en quatre périodes successives :

1 - épileptoïde, en deux, phases tonique, puis clonique
2 - de grands mouvements
3 - des attitudes passionnelles
4 - de délire terminal.

Crises que l'on peut arrêter par compression de l'ovaire; et CHARCOT recommande le port de ceintures compressives qui permet la suspension de ces attaques.

C'est CHARCOT également qui décrit les stigmates de l'hystérie : moteurs, sensoriels (rétrécissement concentrique du champ visuel par exemple), sensitifs (anesthésies, hystéresthésies, avec les fameuses zones douloureuses ovariennes dites "hystérogéniques ".

A cette conception organiciste et neurologique de l'hystérie, BERNHEIM de Nancy, est le seul alors à s'opposer : pour lui, l'"hystérie est un mode de réaction psycho-affectif d'origine émotive. Son seul traitement efficace est la psychothérapie" écrit-il en I884.

BABINSKI, en I90I, va porter un coup fatal à la conception de l'hystérie élaborée par CHARCOT: "l'hystérie, écrit-il, est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner. Elle se manifeste principalement par des troubles primaires et accessoirement par quelques troubles secondaires. Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion, avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. Ce qui caractérise les troubles secondaires c'est qu'ils sont exactement subordonnés à ces troubles primitifs". Et il propose de remplacer le mot hystérie par le mot pithiatisme. Cette tentative d'explication des phénomènes hystériques comme étant des phénomènes auto-suggestifs va entraîner une confusion, encore prégnante aujourd'hui entre hystérie et simulation, confusion responsable du sens souvent péjoratif donné au mot hystérie.

Parallèlement à quelques années d'intervalle, Pierre JANET d'une part dans son ouvrage : "l'état mental des hystériques," paru en I893, FREUD et BREVER, d'autre part, affirment que l'on peut retrouver, à l'origine de la plupart des manifestations hystériques, un traumatisme psychologique.

Pour FREUD, si l'on arrive à retrouver ce traumatisme causal, au cours d'entretiens répétés avec le malade, on peut guérir celui-ci en permettant à l'affect bloqué et "converti" en une manifestation motrice ou sensitive d'être libéré.

Ainsi naquit des recherches de FREUD sur"l'hystérie de conversion" première névrose qu'il isola, la psychanalyse.

Depuis FREUD, l'idée d'une origine psychogénétique de l'hystérie n'a guère été mise en cause. Cependant les phénomènes observées lors de l'épidémie

d'Encéphalite en I917, et plus près de nous ceux causés par les neuroleptiques (les crises oculogyres par exemple) ont redonné une certaine actualité et une certaine vigueur aux théories organicistes.

II - EVOLUTION DES CONCEPTIONS SUR L'EPILEPSIE (1)

A - C'est progressivement que furent individualisées les différentes formes cliniques de l'épilepsie (de ἐπιλαμβάνειν = saisir brusquement).

1.- Dès la plus haute antiquité, on distinguait déjà des formes frustes à côté des grandes attaques à symptomatologie spectaculaire, et en contraste avec les crises survenant brutalement, les accès précédés de prodromes lointains ou immédiats. Néanmoins, les diverses modalités cliniques de l'épilepsie étaient plus ou moins confondus, ainsi qu'en témoignent par exemple les travaux de FERNEL et de PARACELSE au I6è siècle.

Ce sont TISSOT (I770) ESQUIROL (I838) DELASIAUVE (I854) qui vont établir progressivement une classification, classification reprise en I87I par BES de BERC dans sa thèse, qui décrit les grandes attaques, le petit-mal ou vertige, les absences, et note la fréquence des troubles psychiques chez les épileptiques.

Les grandes attaques, dont les convulsions sont généralisées d'emblée ou secondairement, sont parfois précédées d'une aura, terme attribué à GALLIEN et repris dans l'antiquité par ACTIUS, ACTUARIUS, SORANUS d'EPHESE. Mais ce n'est qu'au XVIè siècle avec FERNEL, ERASTE, que la nature convulsive de ce prodrôme est mise en évidence et que, à côté des auras sensitives sont isolées les auras motrices.

Le petit-mal ou vertige, comprend toutes les attaques où le trouble de la conscience est dominant et s'accompagne de quelques manifestations

---

(1) Chapitre puisé essentiellement dans l'introduction historique faite par le Professeur Jean CADILHAC dans son ouvrage "Hippocampe et Epilepsie" I954.

convulsives frustes ou d'"automatisme", automatisme dont les premières descriptions sont dûes à ERASTE (I58I) et à BOTIUS (I6I9).

L'absence, ainsi nommée par CALMEIL (I824) se manifeste par une perte soudaine de consicence, sans aucune manifestation motrice.

ESQUIROL, en I838, met l'accent sur les troubles psychiques de l'épilepsie. MOREL, en I860, décrit l'épilepsie larvée, à symptomatologie psychique pure, sans crise. Thèse reprise et développée par FAIRET en I870.

2.- Parallèlement à ce travail de description et de classification des crises vont fleurir de nombreuses tentatives d'explication physiopathologique.

De l'Antiquité au haut Moyen-Age, la comitialité sera souvent considérée comme un mal surnaturel. C'est le morbus sacer de PLATON, le mal de SAINT-JEAN au Moyen-Age, rejoignant en cela les conceptions mystiques qui font des hystériques au Moyen-Age, des possédéesdu démon, passibles du bûcher.

Parallèlement cependant, des tentatives d'explication scientifique se font jour, permettant de subdiviser l'épilepsie en trois catégories physiopathologiques (DELASIAUVE I854),"essentielle, sympathique et symptomatique".

Sur l'épilepsie essentielle ou idiopathique, rien n'est connu - c'est une névrose - Les anciens (HIPPOCRATE, GALIEN) la pensent dûe à l'engorgement par des humeurs visqueuses; plus près de nous, FERNEL, PARACELSE, inversent cette théorie et attribuent les accès au déversement à travers l'organisme d'humeurs subtiles d'origine cérébrale.

Les épilepsies sympathiques, elles, sont produites par "l'irradiation d'impressions anormales qui peuventaavoir leur siège dans toutes les parties du corps autres que l'encéphale et ses dépendances (DELASIAUVE). La théorie sympathique ou réflexe, rallie ainsi au milieu du XIXè siècle de nombreux auteurs, tels que MULLER en Allemagne, FOVILLE et BROWN SEQUART en France.

L'épilepsie symptomatique a été reconnue dès l'Antiquité : HIPPOCRATE connaissait bien par exemple, l'épilepsie après traumatisme crânien. Dès le moyen-âge on assiste à des tentatives de traitement chirurgical de ces épilepsies post-traumatiques.

Mais c'est au début du XIXè siècle que SERRES, puis quelques années plus tard BRAVES étudient des épilepsies symptomatiques non traumatiques. Ils concluent au rôle des lésions initiatives de l'hémisphère contro-latéral dans l'apparition de phénomènes convulsifs, et les classent en crises faciales, curables et brachiales.

B - Ce sont les études concernant les épilepsies sympathiques et symptomatiques qui vont être reprises par JACKSON de I863 à I869, à l'aide d'observations anatomo-cliniques très poussées. Il affirmera, de façon précise, la localisation des lésions responsables des crises partielles.

L'épilepsie localisée, ainsi établie sur l'anatomo-pathologie , la clinique, la physiologie expérimentale, donnera lieu à de nombreux travaux, parmi lesquels on peut citer ceux de CHARCOT, à qui l'on doit le terme d'"Epilepsie Bravay-Jacksonienne".

Quelques années plus tard, JACKSON décrit avec BEEVOR (I897), la crise uncinée, qu'il attribue à un ramollissement du lobe temporo-sphénoïdal droit. Il montre ensuite que sont également des lésions du lobe temporal qui sont responsables des avras à forme intelectuelle; des mouvements de mâchonnement, des automatismes psycho-moteurs.

JACKSON allait, alors à partir de ces propres travaux anatomo-cliniques donner une explication cohérente du fonctionnement du système nerveux central : les lésions destructives se traduisent par des symptômes négatifs de déficit et des symptômes positifs de libération. A l'opposé; il existe des lésions moins profondes - irritatives, se manifestant par des signes positifs dus à la décharge d'une quantité d'énergie anormalement libérée. La crise est

ainsi "une caricature par excès d'un processus physiologique local". Cette lésion "déchargeante" peut se trouver en n'importe quelle zone cellulaire : cortex, noyaux gris centraux, moelle. L'énergie libérée lors de la décharge est conduite par les voies physiologiques à d'autres centres sous-jacents, créant eux-mêmes des décharges secondaires et tertiaires. "Un tissu sain peut donc être amené par certaines provocations très anormales à se décharger très fortement"...

En France, Pierre MARIE sera le premier à admettre la notion d'épilepsie syndrome, qu'il considère pour sa part comme acquise. Les auteurs à la suite, tels MARCHAND et J. de AJURIAGUERA, ROGER, CHAVANY, admettront cette notion d'épilepsie-syndrome.

Parallèlement, les recherches expérimentales permettaient de séparer les épilepsies en deux groupes : selon leur origine corticale ou sous-corticale, notion confirmée par l'Electro-encéphalographie.

C - L'Electro-encéphalographie, dont les bases furent jetées par HANS BERGER en I930, a en effet fait faire un grand pas à l'étude et au diagnostic des épilepsies.

GIBBS, GIBBS et LENNOX vont ainsi définir (I937-I940) le grand-mal, caractérisé par des décharges de pointes rapides et aiguës, généralusées ou localisées le petit-mal, caractérisé lui par des pointes-ondes rythmiques à 3 c/sec.

L'épilepsie psychomotrice, dont la signature électro-encéphalographique est l'onde trapézoïde, ou à pente raide de 2 à 7 c/sec, classification qui est donc basée sur l'existence d'une "dysrythmie cérébrale paroxystique" spéciale à chaque forme d'épilepsie.

De leur côté, JASPER et STACKES (I938) distinguaient :

- des épilepsies focalisées dont la traduction clinique variait selon la localisation du foyer;

- des épilepsies généralisées dans lesquelles aucune dysrythmie locale ne pouvait être mise en évidence.

En résumé, deux classifications s'opposent (I949) :

a) JASPER et PENFIELD distinguent :

- des foyers corticaux superficiels et profonds se manifestant par des foyers localisés.

- des foyers sous-corticaux (du "tronc cérébral supérieur") caractérisés par des anomalies bilatérales synchromes.

- des dysrythmies diffuses, d'origine mal définie, sans topographie privilégiée.

b) LENNOX, maintient sa classification basée sur la notion de "dysrythmie cérébrale paroxystique" avec un type d'onde par classe d'épilepsie.

Avec GASTAUT, apparaît en I950 la notion de secteur "aréo-thalamique" (une décharge de points corticales localisées pouvant naître aussi bien dans une aire déterminée du cortex qu'au niveau des noyaux thalamiques en relation avec cette aire.)

Actuellement; les Electro-encéphalographistes se sont ralliés à une classification opposant deux grands types de crises :

- d'une part, les crises dont l'expression électro-encéphalographique est d'emblée bilatérale, synchrone et symétrique sur les deux hémiscalps (crises "généralisées" de GASTAUT, "centre encéphalique"de PENFIELD, centrales de SYMONDS ; diffuses de MASLAND.

- d'autre part, les crises dont l'expression électro-encéphalographique n'intéresse, du moins au début - qu'une partie d'un hémiscalp : crises "focales" ou "locales" de PENFIELD; crises "partielles" de GASTAUT, MASLAND, SYMONDS.

- GASTAUT (1963) distingue en outre les crises "hémi-généralisées" dont l'expression EEG intéresse principalement sinon exclusivement un hémiscalp.

Les dernières années, les travaux stéréotaxiques (BANCAUD et TALAIRACH) ont permis de localiser de manière précise certains foyers épileptogènes ce qui a un énorme intérêt tant sur le plan expérimental et physiopathologique que thérapeutique.

III - BREF HISTORIQUE SUR L'EVOLUTION DES IDEES CONCERNANT LES RAPPORTS ENTRE HYSTERIE ET EPILEPSIE.

Déjà HIPPOCRATE insistait, sur l'importance de bien faire la distinction entre crises convulsives hystériques et crises convulsives épileptiques; le signe pathognomonique de l'hystérie étant, selon lui, la sensibilité à la pression abdominale, notion reprise par CHARCOT avec ses zones ovariennes.

SORANUS d'EPHESE, lui, fonde le diagnostic différentiel entre les deux variétés de crises sur le fait que la crise hystérique n'est pas suivie d'amnésie.

Mais c'est à partir du XIXè siècle que l'on va étudier soigneusement les rapports entre hystérie et épilepsie.

C'est BEAU qui en 1836 décrit les formes associées d'hystérie et d'épilepsie, et qui donne des critères permettant selon lui de distinguer les attaques hystériques des attaques d'épilepsiques :

1.- Presque toutes les attaques hystériques n'arrivent jamais ou presque jamais sans prodrômes éloignés; les épileptiques au contraire sont annoncées par des prodrômes prochains.

2.- Les attaques épileptiques sont ordinairement simples, les hystériques ordinairement composées.

3.- Les attaques épileptiques arrivent plus souvent la nuit, les hystériques le jour.

4.- L'épilepsie est ordinairement congénitale et apparaît ordinairement dans l'enfance, l'hystérie à l'âge adulte.

5.- Les causes immédiates agissent plus pour la détermination de l'épilepsie que de l'hystérie.

De même ESQUIROL, en 1838, écrit-il "Il est des hystériques qui sont en même temps des Epileptiques. Avec un peu d'habitude, on reconnaît fort bien, lorsque les attaques sont séparées, à laquelle des deux maladies appartiennent les convulsions auxquelles les malades sont actuellement la proie".

C'est LANDOUZY, dernier défenseur de l'origine "le plus souvent génitale" de l'hystérie, semble-t-il, qui, dans son traité complet de l'hystérie, publié en 1846, introduit dans son chapitre "complications" le terme d'hystéro-épilepsie.

"L'hystérie compliquée d'épilepsie (épilepsie hystérique, hystérie épileptique hystéro-épilepsie, épilepsie utérine, épilepsia ad utero) se rencontre assez fréquemment puisque, sur deux cent soixante treize malades observés à l'hospice de la Salpétrière, par Monsieur le Docteur BEAU, trente deux en étaient affectés ; on comptait pour le reste des malades dix neuf cas d'hystérie, deux cent neuf d'épilepsie et treize cas douteux.

L'hystéro-épilepsie se présente sous deux formes bien distinctes : dans la première, il survient tantôt des accès d'hystérie, tantôt des accès d'épilepsie. Dans la deuxième, les accès se composent en même temps de symptômes hystériques et de symptômes épileptiques réunis.

Et LANDOUZY nomme la première variété - hystéro-épilepsie à crises distinctes, la deuxième hystéro-épilepsie à crises composées. Mais ces deux formes "toutes distinctes qu'elles sont, se confondent encore dans un grand nombre de cas, et il

n'est pas rare de voir chez la même malade, tantôt des crises séparées, d'hystérie et d'épilepsie, tantôt des crises composées, dans lesquelles les deux névroses se trouvent combinées".

Et LANDOUZY va tenter de décrire la symptomatologie des crises d'hystérie épilepsie à crises séparées et celle des crises d'hystéro-épilepsie à crises complexes.

"Dans quelques cas enfin, les symptômes épileptiques ne se présentent jamais séparés, mais ils compliquent certains accès d'hystérie, tandis qu'ils ne compliquent pas les autres".

"Quoiqu'on reconnaisse de suite, dans les crises séparées, le type auquel elles appartiennent, on peut remarquer cependant certaines nuances apportées à la symptomatologie de l'épilepsie par l'hystérie, et de l'hystérie par l'épilepsie. Ainsi, tous les paroxysmes hystériques ont, il est vrai, des prodrômes comme dans l'hystérie simple; tous ou presque tous les paroxysmes épileptiques en sont, il est vrai, dépourvus; mais les prodrômes hystériques sont plus rapprochés de l'attaque et les prodrômes épileptiques en sont plus éloignés que dans ces névroses sans complication.

"Dans l'hystéro-épilepsie à crises complexes, les prodrômes sont moins manifestes et plus prochains que dans l'hystérie; la perte de connaissance est immédiate et complète; les convulsions peuvent manquer comme elles manquent chez un grand nombre d'hystériques et d'épileptiques, mais il n'est pas exact de dire qu'elles soient plus violentes que dans l'hystérie, car nous avons vu jusqu'à quel degré de force elles peuvent être portées dans l'hystérie simple. "Elles ont, toutefois, un caractère différent, c'est-à-dire qu'autant les mouvements alternatifs de flexion et d'extension sont rapides, fréquents, étendus dans l'hystérie, autant ils sont raides, et limités dans l'hystéro-épilepsie. Les contractions sont toniques, et souvent comme tétaniques, comme cataleptiques dans l'hystéro-épilepsie; elles sont cloniques dans l'hystérie".

"Les convulsions de l'hystéro-épilepsie sont plus marquées d'un côté du corps que de l'autre, ce qui est rare dans l'hystérie. Dans l'hystérie, la sensibilité

est plutôt augmentée que diminuée; dans l'hystéro-épilepsie, elle est obtuse; dans l'épilepsie, elle est complètement anéantie".

"Dans l'hystéro-épilepsie, la présence de l'écume est presque constante, la face est violette, le cou gonflé; la respiration ronflante et laborieuse" jusqu'ici on le voit ces symptômes sont plutôt ceux de l'épilepsie que ceux de l m'hystérie, et, à part leurs défauts de constance, ils constitueraient plutôt une affection simple qu'une affection complète. Mais, si l'on tient compte de la boule hystérique abdominale, pectorale ou cervicale, de la constriction dela gorge, de la surexcitation nerveuse avec tous les phénomènes qu'elle produit dans l'hystérie, de l'absence de cet état de stupeur, d'anéantissement général constants dans l'épilepsie, on n'hésitera pas à reconnaître là une névrose complexe, dans laquelle sont combinés les phénomènes de l'épilepsie et de l'hystérie, avec saillie plus ou moindre des uns ou des autres.

"En résumé, c'est de l'état général antérieur et consécutif aux accès et de la comparaison de tous les phénomènes locaux pris dans leur ensemble qu'on pourra déduire le caractère précis de la névrose, et nous devons l'avouer, de toutes les observations que nous avons sous les yeux, nous sommes portés à conclure que les accès complexes sont beaucoup moins fréquents que les accès distincts, et qu'ils seraient sans doute plus rares encore si l'on pouvait analyser avec plus de rigueur les symptômes qui servent à spécifier chacune des névroses en particulier".

Ainsi parle LANDOUZY en I846.

Les auteurs, à sa suite, n'ont pas apporté beaucoup d'éléments neufs :

BRIFFAUT décrit à nouveau, dans sa thèse en I85I, des attaques intriquées d'épilepsie et d'hystérie, observées à la Salpétrière et conclut :

"Il faut bien admettre que dans un certain nombre de cas, l'épilepsie est consécutive à l'hystérie".

FERE, dans son ouvrahe consacré à l'Epilepsie (I870) insiste lui aussi, sur les difficultés de diagnostic entre crises hystériques et crises épileptiques et réaffirme la possibilité de coexistence des "deux névroses" chez un même malade donnant lieu à des crises distinctes, c'est,nous l'avons vu, l'hystéro-épilepsie à crises séparées.

CHARCOT, et son élève RICHER, reprennent à leur tour le terme d'hystéro-épilepsie. Dans ses "études cliniques sur la grande hystérie, ou hystéro-épilepsie publiées en I88I, RICHER écrit dans son introduction de la deuxième édition :

"Les auteurs ont distingué deux formes principales d'hystéro-épilepsie. Dans la première, l'hystéro-épilepsie à crises distinctes, les accidents convulsifs sont de deux sortes : on observe tantôt des accès d'hystérie, tantôt des accès d'épilepsie avec les caractères qui sont propres à chacun et toujours parfaitement séparés. Dans la seconde, hystéro-épilepsie à crises combinées, les convulsions, dans un même accès, révèlent successivement les apparences de l'hystérie et de l'épilepsie; il semble y avoir mélangé des deux névroses. C'est de cette dernière forme qu'il s'agit spécialement ici".

CHARCOT, dans ses leçons du mardi, reviendra à maintes reprises sur cette distinction entre hystéro-épilepsie à crises mixtes et hystéro-épilepsie à crises distinctes. Ainsi, dit-il par exemple, dans sa leçon du mardi I7 Janvier I888 :

"Vous savez qu'il faut distinguer l'hystéro-épilepsie à crises mixtes et l'hystéro-épilepsie à crises séparées". Ce que j'appelle l'hystéro-épilepsie à crises mixtes c'est l'hystérie d'un bout à l'autre, l'épilepsie n'existe pas. Et si l'on joint au mot hystérie ce mot d'épilepsie qui à l'air de tout venir ébranler, c'est parce qu'habituellement, dans l'hystéro-épilepsie, la première phase est une attaque d'épilepsie d'une forme spéciale. La première chose que fait le sujet, c'est déplacer ses mains fermées et en pronation forcée, de renverser la tête en arrière; l'écume lui vient à la bouche; voilà l'attaque d'épilepsie de l'hystérie, mais ce n'est pas de l'épilepsie à proprement parler le bromure de potassium n'y fait rien du tout".

Et dans sa leçon du 7 Février 1888, parlant de l'hystéro-épilepsie à crises mixtes :

"J'en conclus qu'il y avait là une maladie particulière, l'hystérie major, commençant par une attaque épileptoïde qui diffère si peu de la véritable attaque d'épilepsie qu'on a dénommé la maladie hystéro-épileptique, bien qu'elle n'ait rien de commun avec l'épilepsie".

Et CHARCOT, dans cette leçon va s'efforcer de montrer que l'hystéro-épilepsie dont il décrit une fois de plus les quatre phases : épileptoïdes avec ses phases toniques, puis cloniques; des grands mouvements, essentiellement salutations et arc de cercle; les attitudes passionnelles et de délire terminal. Il montre la facilité avec laquelle en touchant une zone hystérogène, on peut déclencher une de ces attaques; puis ensuite comment, en exerçant une pression sur la zone ovarienne, on peut stopper cette même attaque d'hystéro-épilepsie "Faites cela à une épileptique, il ne surviendra aucune modification, et cela vous montre la différence qu'il y a entre l'hystéro-épilepsie et l'épilepsie. L'Epilepsie n'est en aucune façon sous la dépendance ovarienne, tandis qu'ici il en est tout autrement".

Et il continue ainsi,dans une perspective de critique neurologique, à comparer les attaques d'hystéro-épilepsie et celles d'épilepsie, insistant sur l'absence de fatigue à la fin des attaques hystéro-épileptiques, contrairement aux attaques d'épilepsie, sur le bon pronostic de l'état de mal hystéro-épileptique, contrairement à l'état de mal épileptique.

Ainsi, l'hystéro-épilepsie décrite par CHARCOT n'est-elle, dans l'esprit de son auteur, qu'une forme grave d'hystérie, maladie dont le cadre et les manifestattons sont bien précis et codifiés.

Ce terme, mal choisi, prêtera à de nombreuses confusions : de nombreux auteurs contemporains de CHARCOT, en Amérique, en Angleterre refuseront de croire à l'existence de cette entité nosologique qu'est l'hystéro-épilepsie de CHARCOT, tel GOWERS en Angleterre, violemment attaqué par CHARCOT; car il "appelle accidents hysté-

riques post-épileptiques" les différentes phases décrites par CHARCOT comme siccédant à la phase épileptoïde.

CHARCOT, cependant, ne néglige pas, autant qu'il a pu être dit l'élément psychologique dans la survenue de ces attaques.
Quelques années plus tard BERNHEIM affirme : "l'Epilepsie peut engendrer l'hystérie, donnant lieu à des crises hystériques alternant avec les crises épileptogènes... J'ai vu souvent des épileptiques avoir secondaire ment des crises d'hystérie convulsive. Ces crises, comme je l'ai montré, sont toujours d'origine émotive et peuvent se répéter par représentation mentale auto-suggestive."

BERNHEIM pose ainsi le problème de ces crises hystériques chez les épileptiques, par représentation mentale" auto-suggestive", crises qui sont peut-être parfois des crises épileptiques authentiques déclenchées par l'émotion.

BABINSKI et FROMENT, en 1917, réaffirment à leur tour la possibilité de coexistence, chez un même sujet, de crises hystériques et de crises épileptiques; association morbide, fortuite, jamais intriquées selon eux dans les mêmes accès.

Autour des années 20, plusieurs thèses sont consacrées au relations entre hystérie et épilepsie, telles la thèse de A. MICHAUD intitulée : "la convulsion des crises hystériques et épileptiques en médecine légale militaire" et la thèse de P. CALVET : "hystérie convulsive et épilepsie" qui conclut :

- à la fréquence des crises hystériques et épileptiques chez un même sujet :

- qu'il n'est pas rare que ces crises tant hystériques qu'épileptiques, soient déclenchées par l'émotion;

- que devant certaines de ces crises, il est difficile, voire impossible de décider s'il s'agit de crise épileptique ou de crise pithiatique;

Conclusions qui restent très actuelles aujourd'hui, comme nous le verrons.

LANTER, en 1948, reprend à son tour le problème des relations hystérie et épilepsie, tentant d'établir un lien à l'aide d'un éclairage psycho-pathologique de l'épilepsie.

J. de AJURIAGUERA, dans un article consacré à l'hystérie, paru en 1951, dans l'Encéphale, fait le point sur le terme d'hystéro-épilepsie, en reprenant les trois positions distinguées par MATARAZZO (1949) en fonction des divers auteurs :

1.- Tantôt le terme hystéro-épilepsie implique la concomittence ou l'association des deux maladies de nature différente : l'hystérie d'une part, l'épilepsie d'autre part.

2.- Tantôt ce terme distingue les formes de passage entre hystérieb et épilepsie, formes de passage ou formes mixtes (BISWANGER).

3.- Troisième position enfin, celle de très nombreux auteurs (BRATZ, FALKENBERG, CESTAN, TAUZI, LUGONO, GRUHLE) qui se refusent à admettre l'hystéro-épilepsie terme recouvrant alors selon eux, un diagnostic de facilité.

Ce sont ces positions que nous reprendrons et discuterons à la lumière des observations que nous avons réunies.

RAPPEL SEMIOLOGIQUE

I - L'HYSTERIE

"La définition de l'hystérie n'a jamais pu être donnée et le ne sera jamais... a dit LASEGUE. Et cela reste vrai.

Nous nous bornerons à donner un bref rappel des données cliniques et diagnostiques actuellement admises par tous. Le mot hystérie, dans le vocabulaire psychiatrique français, sert à désigner deux choses :

- d'une part, les manifestations hystériques
- d'autre part, la personnalité hystérique.

Cette incertitude de vocabulaire n'est pas pour simplifier.

A - Les manifestations hystériques -

Il faut distinguer les manifestations à expression somatique, des manifestations à expression psychique.

1.- Les manifestations somatiques peuvent être :

a) paroxystiques : telles les crises excito-motrices, réalisant au maximum le tableau de la grande crise "hystéro-épileptique" de CHARCOT; réalisant plus souvent une crise épileptiforme, avec mouvements variés, parfois imitant de près la crise comitiale, les caractères différentiels essentiels étant le mode de déclenchement et le contexte dans lequel elle survient, l'absence de perte de

conscience, de perte d'urine, de morsure de langue, l'absence d'amnésie post-critique. En fait, nous le verrons, ces signes sont loin d'être constants et bien souvent le problème n'est pas simple.

Ailleurs, il s'agit d'une simple crise d'agitation psycho-motrice, avec importante décharge émotionnelle, proche de la crise de nerf de l'enfant ou de l'adolescent.

Manifestations paroxystiques elles aussi, mais d'un caractère autre sont les manifestations d'inhibition : telles que certaines syncopes, les accès cataleptiques ou la léthargie hystérique, réalisant un pseudo-coma, parfois pris chez de tels sujets pour un coma toxique par tentative d'autolyse.

b) Bien souvent les manifestations hystériques sont durables, qu'il s'agisse d'atteinte motrice, sensitive ou sensorielle".

Les atteintes motrices sont essentiellement des paralysies (hémiplégie paraplégie, monoplégie) des contractures localisées ou généralisées.

Plus intéressantes sont les paralysies de fonction telles l'astasie abasie, les troubles de la parole (aphonie ou dysphonie).

Les atteintes sensitives sont essentiellement des anesthésies (classiques anesthésies en chaussette) mais aussi des hyperasthésies (telles les zones hystérogènes de CHARCOT) ou des paresthésies.

Les troubles sensoriels touchent le plus souvent la vue (rétrécissement concentrique du champ visuel, amaurose) parfois l'audition (la surdité est fréquente dans la pathologie de guerre).

Enfin, outre ces manifestations motrices, sensitives ou sensorielles, se rencontrent des manifestations pouvant atteindre n'importe quel appareil, qui font en quelque sorte le lien entre l'hystérie et le domaine psycho-somatique; qu'il s'agisse de manifestations digestives (vomissements par exemple) respiratoires,

génitales (vaginisme, impuissance); ou d'algies, en particulier céphalalgies, algie pelviennes.

2.- Les manifestations psychiques :

a) Les troubles amnésiques (amnésie, trous de mémoire) et l'inhibition intellectuelle sont bien connus.

- Les troubles du caractère : il faut surtout insister sur la labilité émotionelle, la variabilité de l'humeur, la suggestibilité, labilité émotionnelle et variabilité de l'humeur sont responsables de ces brutales crises d'agitation à la suite d'une contrariété, de ces variations du comportement et sont le plus souvent retrouvés chez des sujets présentant des manifestations de conversion. La suggestibilité sur laquelle a bien insisté BABINSKI, est le plus souvent évidente, variabilité des symptômes d'un jour à l'autre, en fonction des interlocuteurs ou des circonstances; facilité avec laquelle ces symptômes peuvent être suscités ou au contraire abolis.

b) Les fugues hystériques sont le plus souvent de diagnostic difficile, posant un problème pas toujours aisé à résoudre avec l'épilepsie.

On peut en rapprocher les états de somnanbulisme, et les états seconds, et surtout les états crépusculaires, qui souvent comportent un élément confusionnel.

B - La personnalité hystérique -

est à distinguer, mais la confusion est fréquente - de la personnalité des hystériques.

La personnalité hystérique associe un certain nombre de traits de caractère (CHODOFF et LYONS I958) qui sont, selon T. LEMPERIERE (I968) l'égocentrisme, l'histrionisme, la labilité émotionnelle, la pauvreté et la facticité des affects l'érotisation des rapports sociaux, la frigidité, la dépendance affective. Ce type de personnalité se rencontre fréquemment chez les sujets présentant des phénomè-

nes de conversion, mais elle peut aussi, et cela est fréquent, se rencontrer chez des sujets qui ne présenteront jamais de manifestations hystériques". Par contre chez nombre de sujets ayant eu des manifestations hystériques, on rencontre non pas ce type de personnalité, mais une personnalité de type passif, dépendant et immaturé.

Dans une perspective psychanalytique, on peut définir la personnalité hystérique "comme un ensemble de traits psychologiques et caractériels (DONCIER et Coll. I96I) fondés sur une structure particulière de l'inconscient, entraînent la possibilité de manifestations plus ou moins évidentes de conversion, d'angoisse ou de phobies..."

Cette "structure hystérique" apparaît en fait comme une absence de structuration. "Les moyens de maîtrise imaginaire" à l'inverse, trop nombreux chez l'obsessionnel : (annulation, isolation, formation réactionnelle, etc...) sont absents chez l'hystérique. Cette impossibilité d'organisation symbolique amène l'hystérique à recourir à des défenses archaïques, telles que la scotomisation, la négation, le re le refoulement, seuls modes de défense possible pour annuler dépression et angoisse. C'est le refoulement des conflits et en particulier le refoulement des pulsions sexuelles bloquées par la non-résolution de l'Oedipe, qui par un "saut" du psychique au somatique (ce qui, remarquons-le, n'explique rien) entraîne une paralysie par exemple.

C - Le diagnostic -

Le diagnostic d'une manifestation hystérique se fait en quelque sorte par l'élimination : par exemple, devant un examen neurologique normal contrastant avec le tableau à priori dramatique d'une paraplégie totale.

Si le diagnostic de manifestations hystériques peut s'aider d'examens complémentaires, c'est essentiellement en s'appuyant sur la négativité et la normalité de ces examens.

Nous envisagerons cependant rapidement les données fournies par l'électro-encéphalographie, l'électromyographie et les tests projectifs de personnalité, essentiellement le psycho-test de Rorschach.

1.- Sur le plan électro-encéphalographique -

Les différents auteurs ont noté :

- la fréquence des rythmes sub-alpha, des rythmes "alpha" variant
- la présence de rythmes rapides diffus,
- les bouffées d'ondes théta (BERT et COURJON; LALISSE).
- les ondes lentes postérieures, spontanées et provoquées (LALISSE; COR-MORDRET) fait que l'on rencontre fréquemment chez l'enfant, et qui amène à avancer l'idée d'une immaturité cérébrale chez les hystériques, notion étayée par la fréquence d'une immaturité psycho-affective chez de tels sujets.
- les réactions excessives à l'hyperpnée qui déclenche souvent (60% des cas dans l'étude de BERT et COURJON) une hypersynchronie neuronique lente monomorphe.
- en réponse à la stimulation lumineuse intermittente, des paroxysmes pouvant aller jusqu'aux pointes-ondes typiques (LALISSE, BLANC).
- la plus grande fréquence chez les hystériques des pointes vertex en réponse à des stimulations sonores.
- les difficultés de conditionnement chez de tels sujets, en faveur d'un processus d'inhibition.

De cette moisson de constatations on peut conclure que l'électro-encéphalographie, chez les hystériques, apporte des indices en faveur d'une hyperactivité du système nerveux central :

a) indices d'immaturité, de persistance anormale de caractères propres à l'EEG de l'enfant (alpha lent, ou variant; théta; ondes lentes postérieures, hypersynchronie à l'anoxie ou l'hyperpnée).

b) Indices de diffusion excessive des messages sensoriels dans des voies non spécifiques à l'intérieur du cerveau (pointes au vertex, décharges paroxystiques à la stimulation lumineuse intermittente); diffusibilité excessive, qui pour DONGIER et GASTAUT (1961) serait plus probablement neuro-chimique que neuro-anatomique.

2.- Sur le plan électromyographique :

Il a été noté la fréquence "des doublets" (considérés comme significatifs de tétanie)chez les hystériques; 22 sur 54 "névropathes" pour NAYRAC par exemple 22 sur 102 malades présentant des signes fonctionnels pour ALAJOUANINE .

3 - Les tests projectifs :

Il s'agit essentiellement du MMPI et du test de Rorschach.

- au MMPI : élévation des échelles névrotiques (hystérie, dépression, hypocondrie)
  abaissement de l'échelle masculin-féminin, traduisant des troubles de l'identification à son sexe.

- au Rorschach : on note essentiellement dans les protocoles des hystériques :

  1= La diminution des réponses kinesthésiques, témoin de l'inhibition intellectuelle,

  2= La fréquence des chocs devant les planches : en particulier "choc au rouge"; la fréquence des réponses complexuelles extériorisant des difficultés sexuelles et d'identification féminine.

  3= La diversité des réponses - couleur, qui permet de distinguer dans chaque groupe deux types extrêmes : inhibé et impulsif, et un type intermédiaire.

II - L'EPILEPSIE

Il n'est pas aisé de définir l'épilepsie de manière satisfaisante. On peut, avec P. CASTAIGNE, définir l'épilepsie "comme un état au cours duquel les crises d'épilepsie se répètent chez un même sujet, quelle que soit la fréquence de cette répétition et quelles que soient les modalités des crises successives".

Mais il est difficile, du fait de l'extrême variété des crises épileptiques, d'en faire une liste complète. Aussi la définition de la crise épileptique n'est-elle pas clinique, mais électrique : on appelle crises épileptiques, les "crises cérébrales résultant de la décharge hypersynchrone d'une population neuronique" (GASTAUT).

Cependant, si la définition de la crise épileptique est actuellement neuro-physiologique, la classification des différentes variétés d'épilepsie s'appuie avant tout sur des critères cliniques, critères cliniques appuyés et éclairés par les données de l'électro-encéphalogramme.

Nous allons rapidement envisager cette classification, pour ensuite dire quelques mots des notions encore actuellement discutées du caractère épileptique, avant d'aborder le chapitre diagnostic des épilepsies qui repose sur la clinique appuyée et éclairée par les données de l'électro-encéphalogramme.

A - CLASSIFICATION DES CRISES EPILEPTIQUES -

On distingue schématiquement les crises généralisées et hémi-généralisées d'une part, les crises partielles ou focales d'autre part.

1.- Les crises généralisées -

Ce sont essentiellement le "grand mal" et le "petit mal".

1°) La crise tonico-clonique du grand mal est la plus connue : elle est de début brutal, marquée par une chute avec perte de conscience et évolue en trois phases : tonique, clonique et résolutive, de durée variable.

" Cette crise généralisée s'accompagne le plus souvent d'une morsure de la langue, souvent mais non toujours d'une perte d'urine. Il y a toujours une amnésie post-critique.

La chute brutale entraîne parfois une blessure ce qui est un bon argument contre une crise névropathique.

Sur le plan électrique, on note des altérations d'emblée bilatérales, symétriques et synchrones : succession de pointes à 14 cycles/seconde pendant la phase tonique, qui deviennent progressivement plus amples, plus lentes, plus espacées bientôt interrompues par de grandes ondes lentes polymorphes, durant la phase clonique. Puis, durant la phase stertoreuse, tracé constitué par une activité delta très lente, très ample, polymorphe, qui va peu à peu s'estomper.

2°) Les crises du petit mal :

On distingue trois variétés :

a) - Les absences -

caractérisées par une brève suspension de la conscience et du mouvement pendant quelques secondes.

Sur le plan électroencéphalographique, les absences sont caractérisées par des bouffées de pointes ondes bilatérales, symétriques et synchrones à 3 cycles/seconde.

Enfin, il est à noter que les absences se rencontrent essentiellement dans l'enfance, disparaissent le plus souvent à l'adolescence; parfois, alors remplacées par des crises grand mal.

b) Le petit mal myoclonique -

caractérisé cliniquement par de brusques décharges myocloniques, le plus souvent bilatérales, frappant surtout les membres supérieurs, plus rarement les membres inférieurs ou d'autres groupes musculaires;

- elles surviennent surtout le matin, après le réveil; sur le plan électroencéphalographique, elles sont caractérisées par des décharges de polypointes ondes, bilatérales, symétriques et synchrones.

c) le petit mal akinétique -

- caractérisé par de brusques pertes de tonus, généralisé avec chute, sans perte de connaissance, avec parfois brève période d'obnubilation intellectuelle.

- le tracé électrique est sembmable au tracé du petit mal myoclonique.

3°) A côté du grand mal et du petit mal, GASTAUT distingue les crises hémigénéralisées d'emblée, dont l'expression clinique et électrique est analogue aux précédentes, mais intéresse principalement, sinon exclusivement, l'ensemble d'un seul hémiscalp et la moitié du corps opposé.

2.- Les crises partielles ou focalisées

Nous référant à l'article de GASTAUT (EMC, 1.)
nous envisagerons successivement les différents aspects des crises partielles puis reprendrons rapidement la classification topographique classique, en fonction de la focalisation des décharges épileptiques.

1°) Sur le plan clinique : GASTAUT distingue les crises partielles à séméiologie élémentaires des crises partielles à séméiologie élaborée.

a) Les crises à séméiologie élémentaires peuvent être motrices, sensitivo-sensorielles ou végétatives.

- motrices : ce sont les classiques crises somato-motrices (crises BRAVAIS, Jacksoniennes); les crises adversives, les crises touchent le langage (vocalisation, palilalie paroxystique); ces crises peuvent comme toutes les crises partielles secondairement se généraliser, et cela peut poser de difficiles problèmes, en particulier lors de crises adversives où il n'y a pas toujours de perte de conscience ni amnésie post-critique.

modifiée ou relative.

- sensitivo-sensorielles : faites de sensations sans objets : paresthésies hallucinations visuelles, auditives, olfactives, gustatives, hallucinations qu'il n'est pas toujours aisé de rattacher à une comitialité. De même les sensations vertigineuses, bien difficilement reconnaissables de celles rencontrées chez les hystériques ou les déséquilibrés neuro-végétatifs. C'est dans tous ces cas qu'un EEG évocateur d'une comitialité prendra toute sa valeur ; cliniquement le caractère de survenue brutale, l'aspect stéréotypé de l'hallucination sont de bons arguments en faveur de la comitialité.

- végétatives ; peuvent donner des manifestations très variées : digestives (crampes épigastriques, coliques péri-ombilicales, hypersalivation), circulatoires et vasomotrices, respiratoires (apnée et hyperpnée); là aussi le diagnostic entre crise comitiale et malaise fonctionnel n'est pas aisé : en faveur de la crise comitiale plaident la survenue brutale, le caractère stéréotypé des malaises, leur disparition brutale.

b) Les crises à séméiologie élaborée : sont psycho-sensorielles ou psycho-motrices :

- les crises psycho-sensorielles : illusionnelles ou hallucinations, posent les mêmes difficultés diagnostiques, que les crises à séméiologie élémentaire. Un interrogatoire minutieux, la présence de crises comitiales d'un autre type chez le sujet, un EEG pathologique en période de crise, enfin, seront nécessaires pour affirmer la comitialité.

- les crises mentales pures : constituent ce que l'on appelle l'épilepsie psychique : elles peuvent être dysmésiques, idéatoires (survenue et disparition brutale d'une idée obsédante) affective (crises d'angoisse intense, sensation de bonheur ineffable), confusionnelles enfin, les plus fréquentes; de durée variable. Seul un EEG fait durant le déroulement de l'épisode peut faire le diagnostic de crise comitiale.

- les crises psycho-motrices :

ce sont les automatismes psychomoteurs, souvent associés aux crises confusion-

nelles, on décrit ainsi :

- des automatismes mimiques
- des automatismes gestuels qui peuvent être simples (se gratter la tête par exemple) ou complexes (se déshabiller, ranger une pièce)
- des automatismes ambulatoires les plus fréquents : marche, course à pieds de quelques secondes, mais parfois aussi automatismes ambulatoires pouvant durer plusieurs heures ou plusieurs jours, réalisant alors au maximum une fugue épileptique dont le diagnostic avec une fugue chez un hystérique est le plus souvent très difficile, voire impossible.
- des automatismes verbaux enfin (murmures, chantonnements, récitations exclamations stéréotypées).

Il faut noter que ces automatismes le plus souvent isolés, peuvent accompagner ou suivre toutes les crises épileptiques avec troubles de la conscience, telles les crises petit mal ou certaines crises grand mal, ces crises apportant alors la confirmation diagnostique de la comitialité.

c) Il faut signaler la possibilité d'association de crises à symptomatologie élémentaire et de crises à symptomatologie élaborée, réalisant des crises à séméiologie mixte ou complexe (GASTAUT), dans lesquelles la succession des symptomes n'est pas nécessairement identique d'une crise complexe à l'autre; de sorte que le "signal symptôme" peut varier d'une crise à l'autre et ne possède pas la valeur infaillible qu'on lui a longtemps accordée (GASTAUT).

2°) Sur le plan Electro-encéphalographique on distingue (GASTAUT) :

I) Les crises à séméiologie élémentaires :

- dépendant de la décharge d'un seul secteur aréonucléaire spécifique (associant représentation corticale spécifique et noyaux sous-corticaux spécifiques, thalamiques le plus souvent).
- s'expriment donc de manière localisée au niveau du scalp qui recouvre le pôle cortical du secteur intéressé : synchronisation très rapide dont l'amplitude

augmente tandis que la fréquence diminue, puis rythme plus lent qui termine la crise, avec parfois manifestation locale d'extinction.

- en fait, dans 30% environ des cas, la traduction électrique de ces crises fait défaut; ailleurs au contraire elles débordent la région bien localisée du scalp où elles devraient se projeter.

II - Les crises à séméiologie élaborée

- s'expriment électriquement dans 95% des cas,

- dépendant de la décharge d'un seul secteur aréonucléaire non spécifique, dont les pôles corticaux correspondent aux aires associatives de l'isocortex frontal, temporal ou pariétal ou de l'allocortex pararhinal, dont les pôles sous-corticaux sont soit les noyaux associatifs du thalamus, soit des noyaux extra-thalamiques tels l'hypothalamus, le noyau amygdalien.

- s'expriment parfois par un rythme de pointes progressivement croissantes sur la région temporale, d'un hémiscalp ou des deux simultanément ou successivement.

Le plus souvent par un rythme d'ondes lentes tantôt stable, tantôt variant, uni ou bilatéral, étendu à l'ensemble de l'hémisphère.

III - Les crises à séméiologie mixtes :

- s'expriment sur le plan électrique de manière variable selon l'association des secteurs non spécifiques et spécifiques intéressés, successivement enflammés.

Nous nous sommes longuement étendus sur la séméiologie des crises partielles; mais la connaissance de cette séméiologie nous semble essentielle, et elle nous est apparue comme capitale dans les observations que nous avons recueillies d'hystéro-épilepsie, où le trouble considéré à priori comme hystérique peut bien souvent, grâce à une fine analyse séméiologique, être ramenée à une étiologie épileptique.

Nous clôturerons ce chapitre sur les crises focales, en reprenant les différentes épilepsies partielles, classées selon un critère topographique, qui n'est que grossièrement valable :

a) L'épilepsie frontale : selon le lieu de la décharge épileptique, on observe :

- au niveau de la frontale ascendante, les crises somato-motrices (épilepsie "Bravai Jacksoniennes)

- au niveau du lobule paracentral : les crises Bravai Jacksoniennes crurales;

- au niveau de la frontale moyenne : les crises adversives, avec perte de conscience en cours de décharge de la zone frontale antérieure;

- au niveau de la zone motrice supplémentaire, les crises adversives complexes avec élévation du bras.

b) L'épilepsie occipitale :

- il s'agit le plus souvent d'hallucinations visuelles élémentaires dans le champ visuel opposé à l'hémisphère déchargeant ou bilatérale.

- parfois, de secousses nystagmiformes, de crises oculogyres

- parfois, de rotation de la tête et des yeux, du côté opposé au foyer occipital.

c) L'épilepsie pariétale : si la décharge épileptique se situe :

- au niveau de la pariétale ascendante, c'est l'épilepsie sensitive Bravais Jacksonienne,

- au niveau de la région pariétale postérieure, on rattache certaines crises oculocéphalogyres, des crises dysesthésiques complexes(sensation de membre surnuméraire, ou de membre fantôme chez les amputés).

d) L'épilepsie temporale :

- rassemble toutes les variétés d'épilepsie à séméiologie élaborée : psychosensorielles, psychiques et psychomotrices.

Mais il est important de noter qu'il n'est pas certain que toutes les manifestations psychomotrices soient d'origine temporale ou rhinencéphalique; PENFIELD en admet une centrencéphalique.

Par ailleurs, et nous l'avons déjà signalé, l'épilepsie temporale est rarement monosymptomatique. Il s'agit le plus souvent de crises à symptomatologie complexe, se déroulant en quelques minutes selon une séquence variable d'un malade à l'autre et même d'une crise à l'autre chez le même malade.

L'électroencéphalographie peut aider, dans une certaine mesure, à distinguer les foyers superficiels et profonds, mais son appoint est souvent vite limité, quand le foyer apparaît instable, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre ou des deux côtés à la fois et alors parfois symétrique et synchrone, parfois asynchrone.

Schématiquement, la décharge revêt deux aspects principaux :

- très rarement, il s'agit d'un rythme de pointes, progressivement ralenties (de 15 à 2 cycles par seconde) et d'amplitude progressivement accrue, siégeant sur une région localisée, temporale dans la plupart des cas, sur un seul hémiscalp ou sur les deux (simultanément ou successivement).

- plus habituellement, les anomalies sont globales, faites d'un rythme d'ondes lentes dont la fréquence peut, soit se maintenir, soit s'accélérer puis décélérer de façon capricieuse. Ce rythme s'étend à l'ensemble d'un ou des deux hémisphères, réparti de façon bilatérale et synchrone, mais souvent asymétrique.

Dans la plupart des cas, y compris ceux sans décharge EEG appréciable, la crise est annoncée par une désynchronisation uni ou bilatérale des rythmes de fond.

Il est à noter qu'en période intercritique, on observe couramment un foyer électro-encéphalographique localisé à la région temporale antérieure, déchargeant de façon rythmique paroxystique ou de foyer sporadique intermittente. Son activité peut varier d'intensité, de morphologie, d'étendue. Ce foyer disparaît souvent

à l'approche et au cours même d'une crise. Enfin, rappelons-le, des figures analogues peuvent se voir chez des non-comitiaux, ce qui n'est pas sans poser quelques problèmes tant sur le plan diagnostique que physiopathologique.

B - "CARACTERE" et PERSONNALITE DES EPILEPTIQUES

Nous dirons quelques mots des troubles du caractère rencontrés chez les épileptiques, nous référant essentiellement à la thèse de Th. LEMPERIERE (1953).

Ce sont FERE et FALRET, dans la deuxième moitié du XIXè siècle, qui les premiers ont étudié de près les troubles du caractère chez les épileptiques.

FERE les décrit en ces termes : "leur caractère est essentiellement mobile et explosif, mais cette mobilité repose sur un fond d'impuissance et de tristesse. Les épileptiques sont en général sombres et paresseux. Non seulement ils changent d'allure et de manière d'un instant à l'autre, mais ces changements se font souvent avec la brusquerie d'un coup de théâtre..."

FALRET note également "l'irritabilité constitue le trait dominant du caractère habituel de l'épileptique. Ces malades sont généralement soupçonneux, querelleurs pour les plus légers motifs. Mais ce que l'on doit surtout remarquer, c'est l'extrême variabilité de leur humeur..."

Tous les auteurs qui, à leur suite, ont décrit le "caractère des épileptiques" ont essentiellement insisté sur la mobilité de l'humeur, l'irritabilité explosive, l'égocentrisme, la méfiance, la susceptibilité, les préoccupations religieuses et hypocondriaques.

Il faut à notre sens mettre l'accent sur la variabilité de l'humeur, trait que l'on retrouve tout particulièrement, semble-t-il, chez les épileptiques "temporaux" labilité thymique qui est cependant un trait fréquemment rencontré chez les hystériques (ce qui n'est pas sans importance pour le sujet qui nous intéresse) et sur l'irritabilité explosive qui semble bien plus spécifique de l'épilepsie que de l'hystérie, irritabilité qui pose parfois de difficiles

problèmes en particulier pour l'adaptation scolaire des enfants épileptiques.

Cette notion de "caractère épileptique" a été bien étudiée par Mme MINKOWSKA dans ses travaux - fort discutés et critiqués depuis - qui ont porté sur l'étude de la descendance d'un épileptique du I8è siècle : Mme MINKOWSKA a cherché à d démontrer l'existence d'une constitution "épileptoïde" dont le caractère essentiel est la viscosité psycho-affective ou "glischroïdie" : l'affectivité est concentrée et adhérente, suivant difficilement les variations du milieu humain, s'attachant de préférence au concret; l'intelligence est lente, s'attarde aux détails perd de vue l'ensemble, aimant l'ordre, la stabilité , répugnant aux initiatives et aux changements : bradypsychie et persévération sur lesquelles ont de leur côté insisté MOREL, et plus près de nous, WALLON.

Pour Madame MINKOSWKA, cette constitution épileptoïde est la véritable base sur laquelle viennent éclore les manifestations de l'épilepsie essentielle.

Nous ne conclurons pas ce paragraphe concernant le caractère et la personnalité des épileptiques sans aborder le problème de la validité du test de Rorschach comme apport diagnostique dans l'épilepsie.

En I92I, Rorschach concluait à la possibilité de faire le diagnostic d'épilepsie d' après son test, insistant sur :

- l'augmentation du temps de réaction
- la persévération
- le grand nombre de réponses couleurs (K)
- la tendance à la confabulation, à la minutie, à la description, aux références personnelles, aux jugements de valeur, aux discriminations de couleur.

Actuellement, on distingue avec PIOTROWSKI I4 signes en faveur d'une étiologie organique des troubles présentés par le sujet; ces I4 signes sont : temps de réaction supérieur à 1 minute, moins de 2 kinesthésies, fréquence des réponses couleurs, moins de 70 % de bonnes formes, moins de 5 réponses banales, persévération à travers trois planches, description d'au moins une planche, méticulosité,

- l'immunoglobuline de liaison du récepteur
- l'immunoréaction
- le quart environ de mélanges antigènes (Ag)
- [illegible]

commentaire descriptif, remarques de symétrie, moins de cinq ou plus de dix formes globales, temps initial moyen de réaction supérieur à vingt secondes, choc clair-obscur, interprétation à caractère de lutte, d'hostilité.

La présence de sept de ces signes est un argument en faveur de l'organicité des troubles présentés, c'est-à-dire dans le cas qui nous intéresse, de la comitialité.

C - LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'Epilepsie est dans la pratique loin d'être toujours aussi aisé que lalecture des ouvrages consacrés à l'épilepsie pourrait le laisser supposer.

Il sera porté :
- sur l'aspect clinique des crises
- confronté aux données de l'électro-encéphalogramme
- le test de Rorschach n'ayant qu'une valeur d'orientation.

I - Sur l'aspect clinique des crises ou la description de celles-ci si l'on n'y a pas assisté -

Aisé en cas de manifestation épileptique typique (crise grand mal à laquelle on a assisté par exemple); il deviendra difficile voire impossible à formuler sur la seule clinique (cas d'une fugue, par exemple).

2 - La clinique sera donc toujours confrontée aux différents tracés électro-encéphalographiques qui auront pu être enregistrés.

L'interprétation des tracés doit toujours être confrontée à la clinique; elle affirme le diagnostic lorsqu'elle montre un tracé épileptique typique et en précise la variété;

Ailleurs, les tracés inter-critiques sont normaux, ce qui n'élimine pas la comitialité ou présente des altérations paroxystiques ou non, d'interprétation plus délicate.

Enfin, il ne faut pas ignorer qu'une manifestation épileptique authentique peut se passer de toute anomalie électrique détectable au niveau du scalp, comme le prouvent les enregistrements par électrodes profonds.

3 - Le test de Rorschach enfin, peut avoir une certaine valeur d'orientation apportant parfois des arguments en faveur de l'épilepsie. En particulier un pourcentage de bonnes formes (f+) inférieur à 70% et pour Th. LEIPERIERE, un très bon signe.

"Il offre un gros intérêt diagnostique, écrit-elle, car c'est un signe qui ne se rencontre jamais dans l'hystérie ou les névroses. La présence d'un pourcentage de F+ inférieur à 70% chez un sujet de niveau intellectuel normal atteint de phénomènes convulsifs permet de conclure de façon à peu près certaine à la nature organique de ses troubles".

Tels sont les éléments sur lesquels s'appuie le diagnostic de l'Epilepsie. Il faut en nommer un quatrième : la réponse au traitement, c'est-à-dire l'éventuelle disparition ou l'amélioration des crises par une thérapeutique anti-épileptique.

PRESENTATION DES OBSERVATIONS

Avant de présenter les observations qui vont suivre, nous voudrions donner quelques précisions.

Ces observations ont été recueillies dans le service de Neuro-Psychiatrie du Docteur BOUTTIER à l'Hôpital Paul-Brousse, sur une période d'une année environ.

Nous nous sommes livrés, à titre documentaire, à une étude de la répartition des diagnostics des malades hospitalisés sur une période de 6 mois (Octobre 1969-Mars 1970).

Nous avons dénombré dans cette période 336 observations, dont 167 femmes et 169 hommes; soit environ 300 sujets hospitalisés, certains l'ayant été deux fois durant cette période.

Les dossiers des malades sortants ont été classés sur le plan diagnostique selon la nomenclature internationale de l'OMS. Parmi les dossiers classés aux rubriques "névrose hystérique" et "comitialité" nous avons conservé les observations prêtant à discussion entre ces deux affections.

Il se trouve que ces observations litigieuses se sont toutes trouvées à la rubrique comitialité, le vieux réflexe hérité d'une longue tradition neurologique faisant classer à épilepsie plutôt qu'à hystérie, tout ce qui, de près ou de loin, semblait être convulsif, par crainte de ne pas traiter une comitialité authentique; le fait de traiter à tort une hystérie comme une comitialité semblant une faute mineure.

Sur 15 dossiers de comitialité recueillis en 6 mois (soit 5 % des sujets hospitalisés) nous avons eu 5 dossiers litigieux portant une mention telle que : "hystéro-épilepsie" ou "cas-frontière avec l'hystérie" ce qui donne une proportion de I cas posant problème sur 3 cas d'épilepsie. Proportion qui laisse à réfléchir quant à la valeur des notions traditionnelles séparant de manière rigoureuse Epilepsie et Hystérie.

Nous avons révisé I7 observations, d'intérêt inégal.

Certaines posent exactement le problème des relations entre hystérie et épilepsie. Il s'agit de formes intriquées tout au moint en apparence. D'autres, ont été retenues car elles nous ont aidé à préciser les limites de ce sujet et aussi à nous faire toucher du doigt combien il était difficile de définir ces limites de manière stricte.

Nous avons divisé cette série d'observations en groupes de trois ou quatre observations, chaque groupe éclairant tel ou tel aspect de notre sujet.

Nous présenterons brièvement, au fur et à mesure, chacun de ces groupes et discuterons, l'une après l'autre, chaque observation.

GROUPE I

Il s'agit d'observations où la comitialité est indiscutable, mais qui nous ont semblé particulièrement éclairer le problème des relations hystérie-épilépsie.

La première nous a posé de difficiles problèmes diagnostics entre hystérie et épilepsie et reste pour nous le "prototype" des observations prêtant à discussion. Elle pose en particulier le problème des crises à déclenchement émotif.

La deuxième présente un exemple typique "d'hystéro-épilepsie" à crises séparées, avec l'alternance de crises comitiales authentiques et de crises névropathiques, entre lesquelles il n'est pas toujours aisé de trancher.

La troisième enfin, associe des manifestations névropathiques à une comitialité petit mal clinique et électrique.

OBSERVATION I - Monsieur ESN... Jean-Paul,
né le 19.8.I94I
Contrôleur dans une laiterie.

Cette observation nous a semblé très intéressante. C'est elle qui nous a décidé à entreprendre ce travail.

Homme de 28 ans.

Hospitalisé dans le service le 6.11.I969, venant d'un service de médecine où il a été admis quelques jeurs plus tôt avec la lettre suivante de son médecin traitant :

"M. E. a été hospitalisé en I952 à Bordeaux pour suspicion de comitialité. Il ne semble pas qu'on ait pu faire à l'époque un diagnostic précis. Depuis, il est cependant resté sous un traitement associant gardénal et orténal. Ce traitement a été stoppé spontanément par le malade depuis 4 ans.

Pas de crise évidente durant quelques années mais depuis quinze jours environ, apparition de crises nocturnes évoquant des crises Bravais-Jackson gauches qui auraient tendance, selon la description de sa femme, à se généraliser depuis un ou deux jours. En outre sa femme signale une modification récente du caractère de son mari, des troubles de la mémoire, une bradypsychie.

Je le vois ce matin. Il aurait fait cinq crises dans la nuit, l'examen neurologique est normal, mais le malade est un peu obnubilé. A noter également quelques céphalées et nausées matinales. Dans ces conditions, un bilan en spécialité s'impose, et je vous l'adresse dans ce but".

Eléments biographiques

Monsieur ESN... est né en I94I; il est le troisième enfant, mais le second

est décédé à la naissance. On ne possède pas de renseignements sur la grossesse et l'accouchement ni sur le développement psycho-moteur.

C'est à l'âge de 5 ans que Mr E... place le début de ses troubles : il sent ses jambes se dérober puis est incapable de se relever (?) Mr E... attribue cet épisode à un coup de règle sur la tête donné par son maître. Il va cependant continuer à aller à l'école, apprendre à faire du vélo ("je tombais quelques fois mais je me relevais"). Dans un autre interrogatoire Mr E... place le début des troubles à 9 ans, juste avant l'apparition de l'épisode ci-après.

- Vers 9-IO ans; Mr E... est atteint d'une hémiplégie gauche, après avoir présenté de nombreuses crises, dit-il. Selon lui, il va rester allongé chez lui durant 8 à IO mois : "Je ne pouvais me servir ni de ma main, ni de mon pied, ni de ma jambe qui étaient morts..." Puis il est retourné à l'école.

- C'est à l'âge de II ans qu'après une chute de vélo, ses parents se décident à lui faire consulter un Pédiâtre à Niort.

Ce Pédiâtre a bien voulu nous cpmmuniquer le double de sa fiche. Nous la retranscrivons :

"L'enfant traîne la jambe gauche. A l'examen parésie du membre inférieur gauche.

Un électro-encéphalogramme pratiqué en avril I952 montre des signes de souffrance cérébrale en foyer temporo-pariétal droit.

L'enfant est alors hospitalisé en neuro-chirurgie à Bordeaux où sont pratiqués Artériographie, Encéphalographie gazeuse. Il n'a pas été mis en évidence de lésions macroscopiques expansives (Le dossier de l'hospitalisation n'a pas été retrouvé en I969). Le jeune Jean-Pierre est alors mis au gardénal (15 cg par jour).

Il est revu le 4 Septembre I952 : il a fait quelques crises Bravais-Jacksoniennes du membre inférieur gauche. Au gardénal, est alors ajouté un peu de solantyl. Il est très amélioré, travaille bien en classe.

Revu le 7 Janvier I955 pour une crise isolée de la jambe gauche ayant entraîné une chute de vélo. Ce mollet gauche a deux centimètres de moins que le

droit (de circonférence).

Revu en Août 1955 : veut choisir le métier de tourneur et s'inscrire dans une école professionnelle. Il n'a pas, depuis le mois de janvier, ni crise de Bravais-Jackson ni crise généralisée.

Je n'ai pas revu ce sujet depuis".

conclut le Pédiâtre de Niort.

- De 1955 à 1960, le sujet fait des crises nocturnes, dit-il. En 1960 il part faire son service militaire, durant 24 mois, il dit n'avoir présenté aucune crise ni aucun trouble.

- Il se marie en 1965. Le couple n'a pas d'enfant car lui n'en désire pas pour l'instant.

- En 1966 il cesse progressivement de prendre son traitement au gardénal. C'est alors que réapparaissent des crises nocturnes, localisées au membre inférieur gauche; elles sont peu fréquentes (une par mois environ, dit-il).

- C'est seulement en Septembre 1970 (six semaines environ avant son hospitalisation) que ces crises localisées au membre inférieur gauche ont vu leur fréquence augmenter, pour bientôt apparaître chaque nuit et enfin se généraliser. Mr E... insiste sur le fait qu'il s'est surmené plusieurs mois, tant physiquement qu'intellectuellement, pour réussir un coucours de contremaître dans la laiterie où il est employé.

- Ce samedi matin, jour de l'hospitalisation, il part à son travail comme chaque matin. Mais il avait "la jambe en tire-bouchon", "quelque chose qui n'allait pas". Il finit cependant sa journée de travail, reprend sa voiture, mais s'embrouille dans son changement de vitesse, freine au lieu de débrayer, ne trouve pas sa troisième vitesse; bref, il parvient à rentrer chez lui, tant bien que mal, mais trouve sa femme en chemin. Elle doit l'aider à descendre de voiture "Je ne sentais plus mon corps" dit-il.

Elle le conduit chez le médecin qui l'hospitalise.

A son entrée le 29 Octobre I969 :

Monsieur E... apparaît bradypsychique, obnubilé, répondant lentement et avec peine aux questions, d'une voix monocorde.

L'examen neurologique montre :

- une diminution de la force motrice au membre inférieur gauche
- une hyperesthésie du membre inférieur gauche,
- un réflexe cutané plantaire : en flexion à gauche
  en extension à droite.
- pas de paralysie faciale
- pas de Nystagmus.

L'interne de garde conclut : "malade probablement neurologique mais qui laisse une impression bizarre".

Le 30 Octobre I969 : se plaint d'engourdissement, de fourmillements du membre inférieur gauche avec secousses musculaires du membre inférieur gauche (jusqu'à I0 de ce genre dans la journée).

- Une ponction lombaire pratiquée le 3.11.I969 ramène un liquide céphalo-rachidien normal.

- Un EEG a été pratiqué le 30.10.I969 :

" tracé altéré de façon importante - L'alpha est labile, irrégulier, surchargé très fréquemment par des ondes lentes rythmiques de 4 H de voltage moyen, bilatérales et diffuses, il n'a été noté aucun élément nettement paroxystique - l'Hyperpnée ne modifie pas le tracé.

En conclusion : tracé mettant en évidence des signes nets de dysrythmie cérébrale diffuse sans anomalie au foyer".

Quelques jours après son admission il est examiné en salle par le Dr FERREY Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique, qui note :

"Chez un ancien comitial, crises Bravais-Jacksoniennes du membre inférieur

gauche, mais particulières car :

1.- atteignant d'emblée la racine du membre inférieur gauche, précédées de phénomènes sensitifs du pied, puis de crampes du mollet

2.- Mr E... fait une crise devant moi, lorsqu'on lui apprend que je suis neurologue.

3.- Il refait plusieurs crises qu'il bloque en comprimant la cuisse à l'aide de ses mains; il déclare d'ailleurs que lorsque cette crise va le prendre, il est couché ou a toujours le temps de s'allonger.

4.- A noter que le traitement de gardénal (30 cg par jour) n'a pas d'influence sur ces crises".

Et le Docteur FERREY conclut : "Il est nécessaire d'explorer ce malade d'un point de vue psychique et de se rendre compte s'il est possible d'obtenir par suggestion une crise sous électro-encéphalogramme, éventuellement sous électromyogramme".

Monsieur ESN... est alors transféré dans le service où il entre le 6 Novembre 1969.

Dès son admission, on est frappé par le contact flou, adhésif et visqueux.

De l'examen somatique, nous retiendrons la morphologie rétrécie, la musculature peu développée. C'est un sujet petit, qui se tient mal.

L'examen neurologique note :

- tonus normal aux membres supérieurs et inférieurs
- force musculaire : normale aux membres supérieurs et au membre inférieur droit, diminuée au membre inférieur gauche aux manoeuvres d'extension et de flexion, avec chute à la manoeuvre de BARRE et MINGAZZINI.
- Réflexes ostéo-tendineux vifs et symétriques
- Réflexe cutané plantaire : en flexion à droite, indifférent à gauche.

Lors de l'interrogatoire, Mr E... se plaint de troubles amnésiques, d'irritabilité, de fatigabilité d'apparition récente, d'anorexie.

Mr E... Décrit parfaitement ses crises; il peut les prévoir :

"C'est un fourmillement qui débute dans les orteils et sur le dos du pied gauche, puis s'installe une trémulation de la jambe gauche; Mr E... ressent alors "comme une boule qui monte dans la jambe... jusqu'à la cuisse". "Cela me comprime le coeur. C'est ce qui me fait crier. Ca me coupe la respiration; ça me suffoque".

La cuisse gauche se met alors en rotation externe et en légère flexion sur le bassin, la jambe fléchie sur la cuisse. Il y a ainsi une phase tonique brève; suivie de quelques clonies l'ensemble de la crise durant - selon lui - de dix à trente secondes, s'accompagnant de sudation et d'une certaine obnubilation post-critique.

Il peut d'ailleurs, dit-il, arrêter le déroulement d'une crise par pression sur le mollet et blocage de sa jambe (il se fait d'ailleurs aider en salle par ses voisins de lit, qui lui tiennent vigoureusement sa jambe lorsqu'elle est agitée ainsi de mouvements cloniques.

Monsieur ESN... décrit ainsi :

- d'une part, des "crises légères" qui ont lieu à son travail l'obligeant alors à s'asseoir, ou bien la nuit, réveillant sa femme, mais non lui.

- d'autre part, des "crises plus fortes" obligeant le malade à s'allonger et à prendre du repos si elles surviennent à son travail, et qui, si elles surviennent la nuit, le réveillent. Il ne perd pas connaissance pendant ces crises, dit-il mais il ajoute ensuite : "il y a deux mois, je perdais un peu conscience". Il n'est pas en mesure de décrire les crises généralisées nocturnes apparues récemment. "Il est parfois tombé de son lit sans que cela le réveille" dit-il. Il s'en rendait compte une demi-heure après.

"Maintenant, je me réveille, mais je ne perds pas connaissance, car les infirmières viennent et je leur parle aussitôt", dira-t-il quelques jours plus tard parlant de ses crises généralisées nocturnes, qui vont augmenter rapidement en fréquence les jours suivants.

Nous y reviendrons.

On est frappé cependant, dans cette description que nous fait le malade,

de ses crises, et tout au long de ses entretiens successifs par l'impression de théatralisme, la recherche de l'effet et de l'intérêt apitoyé de l'interlocuteur qui s'en dégage. Ainsi, au cours d'interrogatoires successifs, la description séméiologique des crises va s'enrichir, varier; les détails biographiques vont eux aussi se multiplier, les dates variant d'une fois à l'autre, tant en ce qui concerne l'âge de début des crises que la date de l'hospitalisation à Bordeaux.

Devant la non certitude du diagnostic de comitialité -(nous ne possédons pas à cette date le témoignage du Pédiâtre de Niort), le traitement barbiturique est suspendu le 9.11.70 pour mise en observation. Un électro-encéphalogramme est demandé.

Le 11.11.I969, à I heure du matin, l'interne de garde appelé note :

"Notions de crises à répétition survenant dans la soirée. Obnubilation légère avec parole un peu embarrassée. Sudation importante et vaso-dilatation importante au niveau du visage et des extrémités.

A l'examen : réflexes ostéo-tendineux plus vifs à gauche : cutané-plantaire en extension à gauche et en flexion à droite, HOFFMAN à gauche et palmo-mentier à gauche".

Le 12.11.I969, à 2 heures du matin, nouvel appel à l'interne de garde qui note :

"Crise il y a une heure. Babinski gauche. Si reprise des crises : mettre sous perfusion de valium".

Le 12, dans la journée, Mr E... a un premier Electro-encéphalogramme; au cours de l'enregistrement, il a une crise tonico-clouique du membre inférieur gauche, sans perte de conscience.

Voici le compte-rendu de l'Electroencéphalogramme :

"Au repos, rythme de base alpha-labile, irrégulier, surchargé par quelques ondes lentes rythmiques de 6 h bilatérales et diffuses. Une crise du membre inférieur gauche, très localisée cliniquement n'a pas modifié le tracé".

- Le 13 novembre I969 il est noté dans l'observation : "Mr E... a fait de nombreuses crises cette nuit (probablement liées à la suspension du traitement au gardénal).

Selon les voisins du malade, Mr E... pousse des cris pendant sa crise puis ses yeux se révulsent; les secousses très importantes de sa jambe peuvent être calmées presque instantanément par une pression au niveau du pied associé à une traction du genou".

- Le 14 Novembre I969, l'interne note :

"Crise quelques secondes après mon entrée dans la chambre (Mr E... a été isol afin de diminuer l'importance du rôle de l'entourage) ; crise tonico-clonique qui semble généralisée d'emblée avec rotation de la tête vers la droite. Il ne semble pas y avoir perte de conscience; la crise cesse lorsque au bout de trente secondes, je dis : "Cela suffit, Monsieur E... Il n'y a pas d'obnubilation post-critique. Mr. E... est présent et répond aux questions. Il sait qu'il vient de faire une "crise". Il n'y a pas de perte d'urine, ni morsure de langue". Il n'y a pas eu d'examen neurologique fait au décours.

- Le 15 Novembre I969 :

Mr E... participa à une présentation de malades (15 à 20 participants médecins).

Mr E... reprend sa biographie. La description des crises telles qu'il les ressent. Puis il parle de ses parents. "C'est ma mère qui m'a élevé. Si elle n'avait pas été défunte, j'aurais aimé que vous la voyiez. Elle aurait pu vous dire beaucoup de choses. Vous pouvez voir mon Père, mais il ne connaît pas beaucoup de choses, car il partait le matin et rentrait le soir. Il pourrait vous en dire moins que ma mère. C'est elle qui m'a élevé.

Il commence alors à faire une crise :

"Cela commence par une raideur de la jambe gauche puis la contraction du bras-gauche, qui s'élève; il y a quelques secousses, puis s'ébauche un mouvement de torsion vers la droite, de rotation sur lui-même les deux bras, le thorax et la tête pendant au-dessus du bras du fauteuil.

- Le 14 Novembre 1969, l'huissier note :

- Le 15 Novembre 1969 :

Et la crise se généralise. Cette crise qui ressemble fort à une crise adversive va durer 15 à 30 secondes, et se termine par quelques secousses. Il n'y a pas perte d'urine, ni morsure, de langue. Il ne semble pas y avoir de perte de conscience. Mr E... est immédiatement présent après la crise. On l'invite à suspendre l'entretien s'il le désire, mais il se déclare prêt à continuer et reprend son discours; il enchaîne sur un autre sujet sans s'en rendre compte semble-t-il:

"Je vous disais donc que j'ai fait ces crises-là vers II ans, avec paralysie totale du côté gauche, je ne pouvais pas me servir de ma main ni de ma jambe, ni de mon pied qui étaient morts. J'ai la gorge sèche" ajoute-t-il en souriant.

Il serait resté 8 à 12 mois couché, sans pouvoir marcher, toujours allongé.

Il confirme ensuite qu'il n'a pas perdu connaissance. "Non, je vous ai tous vus" dit-il.

Devant cette crise faite en présence d'une assemblée de médecins neuro-psychiâtres pour la plupart, les avis ont été partagés.

Certains penchent pour une crise hystérique, les autres pour une crise comitiale authentique généralisée mais sans perte de connaissance.

Ce même jour, avant cette présentation, Mr E... avait passé :

1) Un test de Weschler-Bellevue, où il avait obtenu :
un niveau verbal à 79
un niveau performance à 90,
un niveau global à 83
avec une détérioration importante : 36%; détérioration en faveur de troubles organiques avec en particulier difficultés importantes de raisonnement et de mémorisation.

2) Un test de Bender : qui montrait de légères difficultés d'orientation spatiale;

3) Un test de Rorschach : confirmant l'importance de la détérioration :

"La pensée est mal contrôlée, les contenus sont pauvres. Le protocole n'est pas typiquement hystérique. Mr E... est lent, adhésif. Il parle d'une voix

ébrieuse et a par moments des réactions de colère devant ses difficultés à s'exprimer. Les difficultés de contact et de socialisation sont importantes.

Il faut noter la mauvaise relationà à l'image maternelle.

Ce Rorschach confirme la probabilité évoquée d'une atteinte de type organique.

Certes, il y a une crise toutes les heures ou les heures et demi, durant la nuit dit-il. Certes, les crises sont devenues beaucoup plus fréquentes, mais l'aspect atypique de ces crises, l'absence de perte de conscience en particulier, leur mode de déclenchement; l'attitude particulière de Mr E... fait de revendication, d'infantilisme, de recherche de spectateurs, fait pencher la balance en faveur de manifestations hystériques complexes, ce qui fait que l'on persiste à s'abtenir de mettre en oeuvre un traitement au gardénal.

Le I8 Novembre I969 : un nouvel enregistrement électro-encéphalographique est pratiqué :

"Sitôt les électrodes en place, Mr E... fait une crise tonico-clonique analogue certes à une crise grand mal, mais :

sans perte d'urine
sans morsure de langue
sans perte de conscience
sans amnésie post-critique".

Un enregistrement électrique de la fin de cette crise a été enregistré Nous allons y revenir.

Une demi heure plus tard, toujours en situation d'examen électro-encéphalographique, après un silence de plusieurs minutes, nouvelle crise alors que le silence est rompu par une question, crise dont les caractères sont identiques à à la précédente (absence de morsure de langue, de perte d'urine), sans point de départ cliniquement visible, sans perte de conscience semble-t-il (cela est difficile à apprécier avec certitude; cependant durant sa crise, nous lui avons posé un fil sur la paupière et il a détourné la tête pour l'enlever; d'autre part, il a parlé sitôt sa crise finie.

Sur le plan électrique, les enregistrements sont convaincants. En voici le compte-rendu :

"Il a été enregistré ce jour (18.11.1969) deux crises cliniques et électriques.
Le tracé intercritique met en évidence une dysrythmie cérébrale à projection temporale gauche caractérisée par des ondes lentes rythmiques de 4 à 6 h.
La crise enregistrée (2è crise clinique) a débuté électriquement vingt secondes avant le début clinique par des altérations bilatérales à maximum temporal gauche de plus on note en fin de crise une désynchronisation avec aplatissement de l'électrogénèse.

Conclusion : phase intercritique avec dysrythmie cérébrale à maximum temporal gauche.
Période critique avec point de départ de la crise localisé dans la région temporale gauche.
L'organicité de la crise ne fait aucun doute". (Dr PIOT).

Cependant le traitement au gardénal n'est pas prescrit le jour même et les choses vont alors se compliquer.

- Le lendemain 19.11.1969 :
L'externe note :
"Ce matin, à 10 heures, on assiste à une crise généralisée tonico-clinique, avec sueurs profuses, révulsion des yeux, avec écoulement de salive au coin des lèvres et morsure de la langue. Puis coma post-critique avec mydriase, respiration stertoreuse légère, chute tensionnelle, réflexes ostéo-tendineux vifs, surtout aux deux membres inférieurs; réflexes cutanéo-plantaires indifférents à droite, en extension nette à gauche.
Le coma post-critique va durer 10 mn environ. A son réveil, le malade a des difficultés d'élocution, semble confus et ne se souvient pas de sa crise . Il existe une ascension thermique à 38°2.
Les crises se répètent ainsi toutes les demi-heures environ, avec obnubilation intercritique. "

Le traitement barbiturique est alors mis en route (20 cg de Gardénal matin et soir) associé à des perfusions d'Hémineurine.

- Il est à noter que cette crise a débuté lorsqu'un stagiaire est entré dans la chambre en disant "Bonjour monsieur". Il semble que l'on puisse relier un certain nombre de ces crises à un facteur déclenchant (bruit ou émotion) facteur déclenchant contrôlé et constaté à maintes reprises, durant son hospitalisation (déclenchement de crises en présence d'un neurologue, lors de la grande "visite" du patron, etc... ou lors d'une entrée inopinée dans sa chambre.

- Le 20.11.69

Mr ESN... est toujours très obnubilé, répondant aux questions avec difficulté.

Les crises ont cessé, mais persiste une fièvre à 38°, tachycardie oscillante entre 120 et 150/mn.

Le traitement (gardénal et hémineurine) est continué.

- Le 21.11.69

Mr ESN... est transféré d'urgence en Neuro-chirurgie à Sainte-Anne. Il est dans le coma, très encombré.

Ce coma qui semble avoir été dû à une surcharge thérapeutique va rapidement disparaître.

Les explorations pratiquées en Neuro-chirurgie (Artériographie carotidienne, gamma-encéphalographie) vont s'avérer normales.

- Monsieur ESN... revient ensuite dans le service le 25.11.69, avec un traitement associant 10 cg de gardénal et 5 mg de Valium.

Il est parfaitement lucide mais ne garde aucun souvenir des derniers jours d'hospitalisation ayant précédé son passage en Neuro-chirurgie. Il a le même comportement que lors de son entrée dans le service, infantile avec quête affective.

Sur le plan moteur, il existe un déficit moteur net du membre inférieur

gauche, associé à des troubles de l'équilibre. Mr ESN... ne peut se tenir debout ou marcher seul; il doit être soutenu par deux infirmières pour se déplacer.

A l'aide d'une rééducation motrice active, à visée essentiellement psychothérapique, l'état de Mr ESN... va progressivement s'améliorer; en un mois, Mr ESN... acquiert une marche normale. Il ne présente plus aucune crise dans la journée, cependant persistent selon lui des crises nocturnes localisées au membre inférieur gauche.

- La sortie a lieu le 23.12.69 : l'examen neurologique montre : une force musculaire normale; il n'existe pas de déficit moteur à gauche;

les réflexes tendineux sont normaux,

les réflexes cutanés plantaires sont normaux,

il n'y a pas de troubles de l'équilibre, cependant la marche reste un peu difficile, Mr ESN... ayant tendance à traîner la jambe gauche.

Un électro-encéphalogramme a été pratiqué le 2 décembre 1969, sur lequel on note : "des signes nets de dysrythmie cérébrale diffuse sans anomalie en foyer".

Monsieur ESN... va être revu ensuite à plusieurs reprises :

- Début Janvier 1970 :

Hospitalisation de dix jours dans le service; examen neurologique normal. Traitement à la sortie : Tégrétol, valium, gardénal.

L'électro-encéphalogramme pratiqué le 8.I.70 montre : "un tracé très peu altéré, mettant en évidence des signes très discrets de dysrythmie cérébrale diffuse. sans anomalie localisée ou paroxystique.

- Revu en consultation le 21.1.70 :

Il n'a pas repris son travail.

Présente une ou deux fois par 24 heures une crise caractérisée par une sensation de crampe du membre inférieur gauche, avec fléchissement involontaire de la jambe terminé par une ou deux secousses d'extension. Lorsque ces crises surviennent dans la journée, elles entraînent une chute, dit-il, il n'y a pas de perte de conscience.

Il se plaint toujours d'une moins bonne mobilité du membre inférieur gauche il marche encore avec précaution, traînant un peu la jambe gauche, il existe un léger syndrome déficitaire du membre inférieur gauche.

- Mr ESN... avec un traitement associant tégrétol, obtenal, gardénal reprend son travail fin février I970.

- Revu fin Mars I970, il ne boîte plus, mais la jambe gauche est lourde en fin de journée. La nuit, a encore une ou deux crampes, dit-il.

Un électro-encéphalogramme pratiqué le 6.3.70 montre : "un tracé mettant en évidence des signes discrets, mais nets, de dysrythmie sans anomalie en foyer".

- Fin Juin I970 : ne se plaint pas de difficultés à la marche, a encore des crampes nocturnes mais pas de crises. Il travaille. Même traitement.

- En Août I970 sont repassés différents tests :

1) Un Weschler Bellevue où Mr ESN... obtient un niveau verbal à 86, un niveau performance à I04.
Soit un quotient intellectuel de 94,
mais l'indice de détérioration est très important : 44%.

2) Un Rorschach :
aussi peu productif que le précédent (13 réponses); les réponses sont des banalités.
Il n'y a pas de signe de la série hystérique.
A noter : les difficultés d'identification, la mauvaise relation à la mère, les problèmes de castration.
En conclusion : Rorschach qui n'est ni en faveur d'une hystérie ni en faveur d'une comitialité.

- Revu en Septembre I970 :
Il va bien. Claudique légèrement, atrophie du mollet gauche.
Quelques crampes nocturnes, à l'examen, les réflexes ostéo-tendineux sont

plus vifs à gauche.

Prend son traitement.

RESUME ET CONCLUSION

Homme de 29 ans, épileptique connu et traité dans son enfance et son adolescence, qui ne faisait plus de crises et ne suivait plus aucun traitement depuis plusieurs années.

Admis à l'hôpital du fait de la réapparition de "crises" localisées au membre inférieur gauche, qui peuvent être bloquées par le malade, et des crises généralisées nocturnes.

Devant la symptomatologie très atypique de ces crises, et la personnalité très particulière de ce malade qui se présente comme un sujet hystérique, immature, recherchant la sympathie, ayant, semble-t-il, une propension à faire des crises devant un public, le traitement barbiturique est suspendu pour une période d'observation.

C'est alors que nous avons assisté à l'apparition non plus de crises ressemblant à des crises Bravais-Jacksoniennes, mais de crises tonico-cloniques généralisées, entraînant une ébauche de mouvement de torsion, sans prédominance certaine de côté ni vocalisation. Fait essentiel, ces crises ne s'accompagnaient ni de perte de conscience, ni d'obnubilation post-critique.

Devant l'atypie de ces crises, un électro-encéphalogramme non caractéristique l'hypothèse de crises fonctionnelles a été retenue; les jours suivants les crises ont rapidement augmenté de fréquence.

Une crise enregistrée au laboratoire d'Electro-encéphalographie a mis en évidence un tracé électrique typique de comitialité à point de départ temporal; mais le traitement barbiturique institué n'a pas empêché l'évolution vers un état de mal comitial généralisé . Les explorations neuro-chirurgicales ont été négatives et tout est rentré progressivement dans l'ordre, mais la reprise d'une marche et d'une activité normales a demandé près d'un mois.

Il nous a semblé plausible d'interpréter l'augmentation progressive de la gravité des crises (d'abord localisées, puis généralisées) et de leur fréquence aboutissant à un état de mal, comme une revendication affective de la part de Mr. ESN... qui devant notre refus de le considérer à priori comme un épileptique, s'est vu obligé d'augmenter la symptomatologie pour que nous ne reconnaissions comme tel, et il faillit en mourir (Cf. Henri EY, EMC Psychiatrie,Hystérie).

Bien sûr, il ne faut pas oublier dans la recrudescence de ces troubles le rôle de la suspension du gardénal.

Cette observation pose une fois de plus le problème - vieux comme la médecine- de la coexistence chez un même individu de crises convulsives épileptiques alternant avec des crises convulsives dont l'organicité n'est pas certaine et qui peuvent faire évoquer le diagnostic d'Hystérie.

- Il en est qui sont indiscutablement organiques. Elles sont apparues après cessation du traitement barbiturique, elles ont progressivement augmenté de fréquence.

- Il en est d'autres qui laissent planer un doute : ces crises sont-elles hystériques ou épileptiques ?

- apparition de crises lors de la survenue du médecin,
- perte de conscience incertaine et de toute façon extrêmement brève lorsqu'il se produit une généralisation de la crise,
- manifestations assez théâtrales : appel aux malades de la salle pour qu'on lui tienne la jambe pour interrompre les crises localisées,
- apparition en cours d'une présentation devant de nombreux médecins d'une crise adversive avec enroulement du corps vers la droite, sans chute du fauteuil et nous a-t-il semblé sans perte de conscience, de sorte que cette crise adversive est apparue extrêmement douteuse sur le plan de l'organicité à la dizaine de médecins en présence desquels elle a eu lieu.
- reste enfin la séquelle actuelle (gêne à la marche au niveau du membre inférieur gauche, sans déficit moteur net, avec cependant l'existence d'une amyotrophie). Il est très difficile de le rattacher à une lésion organique, il ne faut pas perdre de vue l'hémiplégie à l'âge de IO ans

que le sujet nous a rapportée : il est impossible d'affirmer et la réalité de cette hémiplégie et à sa nature : conversion hystérique, ou hémiplégie organique.

Il est à noter que plusieurs de ces crises peuvent être considérées :

- les unes comme des crises à déclenchement émotif (par exemple, l'une de ces crises a été déclenchée par le fait de dire "Monsieur est Neurologue, deux autr. par "lavvisite du patron").

- d'autres que l'on peut considérer, soit comme des crises à déclenchement émotif, soit comme des crises audiogéniques : (par exemple, une crise a été déclenchée par l'entrée dans la chambre d'un externe qui dit "bonjour Monsieur", une autre lorsqu'un silence de plusieurs minutes est rompu dans le laboratoire d'Electro-encéphalographie).

Cette observation nous a frappé par sa parenté avec celle rapportée par T.D. ROCAND, D. GRAVELEAU, M. ETIENNE, J.C. LE BALLE et R. LAPLANE dans les Annales de Pédiatrie (1965, 41, n° 26/27 6/7 p. 1585/437). Il s'agissait d'un cas d'épilepsie chez une jeune fille de 14 ans, chez qui les crises pouvaient être électivement déclenchées par certaines sollicitations affectives et émotives : c'est ainsi que cette jeune fille admise en milieu hospitalier pour des crises épileptiques subintrantes ne fit, après cessation de ses crises très fréquentes, de crises qu'en présence de personnes ayant pour elle une valeur émotionnelle (médecin) ou en présence de l'appareil électro-encéphalographique.

Certaines de ces crises avaient pu être enregistrées; l'aspect EEG était proche du tracé des crises petit mal, sans phase d'extinction post-critique.

OBSERVATION 2 - Mme JOL... Jeanne
née en I940.

Cette malade a fait l'objet d'une communication à la Société Française de Neurologie (séance du 7 Novembre I957) par M. J. GUILLAYME, P. DROGUET et R. DJINDJAN); communication publiée dans la Revue de Neurologie,97, 11, n° 5 p.376-379.

Il s'agit d'une jeune femme actuellement âgée de 30 ans, connue du service depui I964.

Eléments biographiques

Mme J... est née dans le Maine-et-Loir en I940. Sixième enfant d'une famille de sept. Couple parental dissocié : père tuberculeux, éthylique, vivant à Paris, mèré éthylique, élève ses enfants dans le Maine-et-Loir. Mme J... semble avoir vécu son enfance sans sécurité ni chaleur affective.

En I950 : décès du père. Mme J... alors âgée de dix ans, va passer une année en aérium.

En I956 : sa mère se remet en ménage. Mme J... est alors placée comme employée de maison; elle fugue et est placée par le Tribunal pour Enfants au Centre d'Observation de Chevilly-Larue.

1) En I957 : épisode princeps :

Mme J... placée au Centre d'Observation de Chevilly, a une céphalée brutale, aiguë, précédée d'excitation, d'injures, de cris, puis perte de connaissance.

Elle est admise le 21 Septembre dans le service du Professeur MOREAU à Cochin.

Nous reprenons ici l'observation rapportée à la Société Française de Neurologie :

"A son entrée à Cochin, le comportement de la jeune malade est très curieux, fait d'agitation, de gesticulations désordonnées tandis que, par moments, elle est obnubilée répond mal à l'interrogatoire et s'exprime avec peine. Etant donné l'origine de la malade, plusieurs diagnostics sont évoqués : la supercherie pure et simple, le pithiatisme, l'intoxication volontaire, peut-être par les barbituriques. Mais un signe précis redresse le diagnostic, la nuque est raide et sa flexion est douloureuse, la ponction lombaire ramène un liquide fortement teinté contenant 2 300 hématies/mm3.

La malade est adressée à la Salpétrière trois jours plus tard".

Le tableau clinique se complète rapidement :
Apparition d'une aphasie, d'un déficit moteur droit
L'électro-encéphalogramme montre une zone de souffrance temporale postérieure,
L'artériographie carotidienne gauche objective un soulèvement de la sylvienne d'une part, un angiome de la pointe temporale d'autre part.

"L'intervention est pratiquée le 30 Septembre : on découvre un hématome volumineux, qui est vidé, et on complète l'intervention par une lobectomie de la pointe temporale en coagulant de proche en proche les pédicules vasculaires".

Les suites opératoires furent simples.
L'Artériographie pratiquée quinze jours après l'intervention montre qu'il n'y a plus trace d'angiome et le système sylvien a retrouvé sa place normale.

Nous reprendrons in extenso la conclusion de cette observation :

"Nous vous avons dit qu'elle a eu des démêlés avec la Justice. Elle est la dernière d'une famille de sept enfants, tous normaux, élevés par une mère très méritante. Elle a toujours été coléreuse et impulsive. Un soir, à l'occasion d'une dispute familiale, elle est partie de chez elle, déclarant que puisqu'elle travaillait, elle pouvait vivre seule. Cette impulsion, après quelques péripéties policières, a amené la malade devant le Juge d'Instruction et son hostilité,

n'y a plus trace d'oxygène et le système cérébral a retrouvé sa pleine normalité.

grossièreté, ont obligé à un placement. Depuis qu'elle est opérée, son comportement est transformé, elle est devenue extrêmement sociable et redoute simplement de retourner d'où elle vient. Nous connaissons tous les comportements de certains malades à lésions temporales, impulsifs, agités, coléreux. Cnppeut se demander si cet angiome temporal n'était pas tout entier responsable de son comportement anti-social".

Malheureusement, la suite de cette observation démontre à l'évidence qu'il n'en était rien.

A la sortie de la Salpétrière, en décembre I957, Mme JOL... va vivre une année chez sa mère.

En I959, elle se marie, enceinte. Accouchement par césarienne en Avril I959.

En Septembre I959 accident du mari : blessure à la main droite qui va entraîner l'amputation de deux doigts.

C'est à cette période (fin I959-début I960) qu'apparaissent des crises "convulsives" : Mme JOL... a mal à la tête, sent un étouffement, tombe par terre; il est difficile de lui faire préciser s'il y a ou non perte de connaissance; elle se mordait la langue, dit-elle, mais pas de perte d'urine.

Mme J... est hospitalisée à deux reprises (fin I959 et I963) en Neuro-chirurgie, dans le service du Professeur MAZARS (le dossier n'a malheureusement pas pu être retrouvé). Une lettre du Professeur MAZARS précise que lors de la seconde hospitalisation en septembre I963, la malade ne présentait à l'entrée qu'une hypoacousie droite et des paresthésies de l'hémiface droite, mais sans aucun signe objectif : la bénignité de cet état n'a pas semblé justifier d'investigations plus sérieuses.

2) C'est en Juin I964 que Mme J... est hospitalisée pour la première fois dans le Service du Docteur BOUTTIER.

Elle est admise en urgence le 29 Juin I964 pour "crise caractérisée par raideur, obnubilation, sans convulsions, semble-til, selon l'observation de l'admission, dès qu'on touchait son bras, elle criait. Mme J... a cinq crises de ce type le jour de son admission.

C'est une jeune femme de 24 ans dont l'interrogatoire apprend :

1) Qu'elle a été opérée en I957 d'un anévrisme cérébral temporal gauche, pas de séquelles motrices.

2) Qu'il est apparu en I959 des crises convulsives généralisées (tous les mois environ).

- Selon Mme J... la première crise comitiale est apparue lorsqu'elle était enceinte de son premier enfant (début I959) elle a vu un homme renversé par une voiture dans la rue, elle a alors perdu connaissance, a été emmené à La Pitié puis ensuite hospitalisée à la Salpétrière. Elle est alors mise en traitement anti-comitial (gardénal, Epiclase, Lifène).

Mme J... décrit ensuite ses crises actuelles de la manière suivante : début par"des bruits dans les oreilles", apparition de sueurs, d'une sensation de malaise puis perte de connaissance avec souvent morsure de la langue. Parfois, ces crises avortent, il n'y a pas de perte de connaissance.

Actuellement ces crises sont devenues plus fréquentes, mais selon son mari, elles changent de type : elle parle, elle s'agite, pleure; parfois elle se trouve mal simplement et se réveille, ou se trouve mal; se réveille, commence à se déshabiller, à crier, à appeler. Souvent, dit Mme J..., elle chute dans l'escalier en descendant car ses jambes se plient d'un seul coup, mais elle ne se fait pas mal.

3) En Décembre I963 est apparue une paralysie du membre supérieur droit (main "en griffe" lorsqu'on l'ouvre, elle reste ouverte) : Mme J... a eu trois crises coup sur coup, après la troisième crise le médecin était présent, elle était très raide, la main lui faisait mal, et depuis, elle n'arrive pas à la rouvrir : sa main s'est mise en griffe. Elle n'en souffre pas au repos, dit-elle, elle a mal si on lui touche les deux derniers doigts.

(A noter que dans une anamnèse reprise six ans après, fin I970, Mme J... fait survenir cette paralysie de la main droite immédiatement après la blessure du mari).

Fin décembre I963, Mme J... se plaint d'une faiblesse du membre inférieur droit, et marche en boîtant.

Mme J... va quitter le service le I5 Juillet I964 avec un traitement à base d'Ortenal.

Un électro-encéphalogramme a été pratiqué le 2 Juillet I964

"Tracé mettant en évidence des signes de dysrythmie cérébrale à projection temporale gauche, caractérisée par des ondes lentes rythmiques de 4 à 6 cycles/secondes prenant parfois un aspect paroxystique. Par ailleurs, le rythme de base alpha est labile et régulier le IO cycles/secondes.

En conclusion : tracé mettant en évidence des signes de dysrythmie cérébrale à projection temporale gauche".

Mme JOL... sera revue fréquemment en consultation de septembre I964 à mars I967.

1) Septembre I964 : depuis sa sortie du service, Mme J... a eu quatre pertes de connaissance : - deux sans convulsions
- deux avec convulsions.

au cours des crises, divague, mais il n'y a pas de perte d'urine, elle se serait mordue la langue une fois; elle ne sent pas arriver ses crises.

L'examen neurologique est normal, il n'y a pas de déficit moteur du membre supérieur droit, mais elle ne peut se servir de la main; il existe une douleur à la mobilisation de cette main (cette atteinte de la main droite a été considérée un temps comme une maladie de Dupuytren)elle a été mise en traction continue par le Dr TUBUANA qui a conclu à une rétraction des doigts d'origine centrale et a conseillé "de la montrer à un psychiatre" tout en continuant son traitement orthopédique."

2) Août I965

- L'examen neurologique note :
  une légère chute du membre inférieur droit,
  une hypoesthésie au niveau de ce membre,
  pas de chute du membre supérieur droit.
  Les réflexes ostéo-tendineux sont vifs, symétriques.

A la face : on note une déviation de la bouche vers la gauche;
Mme J... se sert de son bras droit, mais elle a de la peine à tenir un objet avec sa main.
- Mme J... présente toujours des crises : pertes de conscience brutales, se fait parfois une blessure en tombant.
Il n'y a pas de perte d'urine, elle se débat sans s'en rendre compte, revient à elle quand le médecin est là. Elle pleure à l'occasion des crises.

3) Septembre I965

- Mme J... arrive en boîtant, ses doigts de la main droite ont tendance à se plier à nouveau : reprise de ces phénomènes déficitaires moteurs depuis trois jours. A la suite d'une contrariété (interrogatoire par la police à la suite d'un vol par sa belle-mère) elle a présenté trois "crises" et depuis présente ces troubles moteurs.

- Elle se plaint de la multiplicité des crises, qu'elle attribue à un traitement gynécologique par diathermie "Je n'en peux plus, je n'en peux plus" dit-elle, ... pleure.
- Traitement renouvelé de Tégrétol, Oténal et Phénobarbital.

4) Octobre-Novembre I966

- Mme JOL... a fait en Septembre I966 une tentative d'autolyse au Plexonal car souffrait de céphalées violentes. Actuellement moins de crises, mais se plaint de céphalées brutales.

- Sa belle-mère est décédée en Mai I966, ce qui l'a beaucoup frappée, elle est restée plusieurs jours couchée, obnubilée, stuporeuse.

- Elle a diminué son traitement barbiturique ne prenant qu'un comprimé d'Ortén deux ou trois fois par semaine, quand elle a des crises, dit-elle.

- Elle reste couchée chez elle, sur avis de son médecin; somnole, son mari fait les courses et s'occupe des enfants.

- Un électro-encéphalogramme est pratiqué le 2 Novembre I966 :

"Au repos, tracé mettant en évidence une souffrance cérébrale discrète, mais indiscutable, à maximum temporal gauche. Cette souffrance est caractérisée par des ondes lentes rythmiques de 4 à 6 H plus ou moins régulières prenant parfois un aspect polymorphe.

Par ailleurs, l'alpha est assez abondant, sensiblement régulier, de 9 H environ

Conclusion : tracé amélioré. Persistance de signes nets de dysrythmie cérébrale à maximum moyen temporal gauche".

5) Mars I967 : Mme J... va mieux. Encore quelques crises d'agitation avec sensation de boule épigastrique.

Elle ne sera pas revue avant trois ans.

6) Mme J... est hospitalisée en Novembre I970 en médecine générale à la suite d'une absorption médicamenteuse impulsive (quelques comprimés d'Orténal et d'Imménoctal).

Elle est admise dans un coma léger, cet état comateux a été vécu par le personnel infirmier du service comme une simulation.

- Un électro-encéphalogramme est pratiqué le 30 Novembre I970 :

"Tracé mettant en évidence un foyer comitial actif; on note dans la région temporale gauches des ondes lentes rythmiques de 4 à 6 cycles/seconde et des éléments paroxystiques de type diphasique, présentant des oppositions de phase au niveau des électrodes temporales; le rythme alpha est labile, irrégulier, de I0 cycles/sec.

Conclusion : foyer comitial actif temporal gauche".

Mme J... nous apprend que depuis Septembre I970 elle est en conflit avec son mari, elle lui reproche de trop travailler, de n'être jamais chez lui; il la frappe. Elle a de violentes colères, sort de chez elle, va se promener et rentre tard dans la nuit. Il n'y a pas d'éléments amnésiques dans ces minifugues.

On note un appoint éthylique, probable bien que nié.

7) Mme JOL... est réhospitalisée dans le service en décembre I970 :

Le conflit conjugal est devenu très aigu. Depuis une semaine, Mme J... s'enivre, fugue, Son mari la bat. Elle présente chez elle des alternances de tropeur avec rumination anxieuse, et d'excitation incontrôlable le soir.

Durant cette hospitalisation très brève (48 h) Mme J... ne va présenter aucune crise, de quelque ordre que ce soit. Elle va sortir sur sa demande, pour passer Noël en famille.

Quelques jours avant cette hospitalisation, Mme J... avait accepté de passer un test de Weschller-Bellevue qui montrait :

- un quotient verbal à 67
- un quotient performance à 103

} ce qui donne un quotient global de 84

Conclusion : discordance très importante entre niveau performance normal et déficit verbal considérable (en relation probable avec un niveau socio-culturel bas et une scolarité irrégulière.

A noter qu'en I964 Mme J... avait au Weschller-Bellevue un quotient intellectuel global évalué à 68 (niveau performance 8I, niveau verbal 61).

Il avait été également pratiqué un test de Rorschach où l'on concluait :

faible nombre de réponses,
choc au rouge,
quelques perceptions de détail.

Résumé et conclusion

Jeune femme actuellement âgée de 30 ans, présentant depuis l'adolescence des troubles du caractère et du comportement.

Ces troubles ont semblé améliorés à la suite d'une intervention sur un angiome gauche temporal qui s'était rompu (I957).

Cette jeune femme, connue du service depuis I964, présente actuellement :

- d'une part, des crises comitiales généralisées, pas très typiques, probablement secondaires à la cicatrice cérébrale qu'a laissé l'intervention pratiquée en I957.

- d'autre part, des crises atypiques, à symptomatologie variée, très vraisemblablement névropathiques, hystériques, associées à des troubles du comportement, que l'on peut considérer soit comme faisant partie des manifestations de l'épilepsie temporale, soit comme des manifestations caractérielles hystériques.

- en troisième lieu, enfin des manifestations hystériques de conversion telle une paralysie du membre supérieur droit avec main en griffe (I963).

A noter que, un seul EEG a montré un tracé caractéristique d'une comitialité les autres ne montrant que des signes de dysrythmie cérébrale à maximum temporal gauche.

Cette observation nous semble entrer dans le cadre des hystéro-épilepsies : intrications de crises comitiales authentiques et de crises névropathiques, manifestations hystériques de conversion, enfin.

Nous avons jugé utile et intéressant de joindre à cette observation la nombreuse correspondance médicale échangée à propos de cette malade, et qui montre que ce genre de cas pose de difficiles problèmes, tant diagnostiques que thérapeutiques, et de conduite de la relation, aux médecuns qui s'en occupent.

- Extrait de la correspondance du principal médecin-traitant :

1) Juin I964 : "Mme J... a été opérée en 57 d'un angiome cérébral temporal gauche. Depuis elle a eu des crises convulsives malgré un traitement continu et de longue haleine.

Début Janvier I964, elle a fait état d'un mal convulsif , hospitalisée à Sainte-Anne, elle a eu Artériographie et EEG qui n'ont rien montré d'anormal. Mais elle est sortie avec une paralysie pithiatique droite qui persiste à la main.

Un séjour en maison de repos spécialisée n'a eu aucun résultat. Les crises ont maintenant pris un caractère très particulier (ou très fonctionnel ?) à la fin de la crise convulsive, elle semble dans un état d'excitation où le même thème revient toujours : elle veut rentrer chez elle.

On n'arrive absolument pas à distraire son attention; elle ne réagit ni à la piqûre ni à aucune excitation. Pendant ce temps sa main se décontracte.

Actuellement, elle est traitée par Librium, Nardelzine, Grtenal, Phénobarbital Kémadrine.

Ce soir, la crise est particulièrement intense puisqu'elle a duré deux heures.

Bien à vous... etc".

2) Juillet I964 : "Je serais heureux de connaître votre avis sur Mme JOL... opérée d'un angiome cérébral par le Dr MAZARS.

Elle présente "des phénomènes nerveux" depuis Janvier sur lesquels il est bien difficile d'avoir un avis.

En Janvier, il s'agissait de crises convulsives, avec agitation désordonnée, mouvements cloniques puis toniques assez nets. ... Puis un coma assez profond. Petit à petit les crises qui ont suivi se sont transformées et au cours de la dernière crise, pour laquelle je l'ai fait hospitaliser, il s'agissait d'une personne très agitée se débattant, parlant beaucoup, faisant des espèces de crises d'hypertonie suivies d'une agitation désordonnée lorsqu'on essayait de vaincre la contracture de sa main droite.

Au cours des "crises" précédentes on arrivait au contraire à vaincre cette Hypertonie très facilement lorsqu'elle était sans connaissance.

Je vous signale ces détails car Mme J... m'a dit que vous lui aviez demandé des précisions".

3) Juillet I964 (lettre du Dr DROGUET, Neurologue de la Salpétrière)

"Je connais très bien Mme J..., je ne sais pour quelles raisons elle fait, depuis quelques temps, des manifestations hystériques indiscutables.

Elle est entrée dans le service plusieurs fois mais nous ne sommes pas très bien équipés pour traiter une telle malade.

Elle a toujours un traitement antocomitial et malgré cela, il lui est arrivé de faire des crises authentiques. C'est une pauvre gosse qui a très mal commencé dans la vie. Elle nous avait été adressée, avec un hématome temporal spontané; du centre des jeunes délinquants de Chevilly-Larue (elle faisait ce métier que la morale réprouve et que la loi surveille), on peut toujours penser que c'était son angiome temporal qui en était la cause.

Elle a trois enfants et reste quand même une épileptique".

4) Septembre 1965 (Dr BE...) "Il me semble qu'actuellement malgré le traitement qu'elle fait très soigneusement, me semble-t-il, l'importance des maux de tête et la fréquence des crises d'épilepsie augmentent.

Il me semble aussi que la contracture de sa main droite se soit aggravée à la suite des dernières crises".

5) Octobre 1966 (Dr BE...) "Je serai heureux d'avoir à nouveau vos conseils à propos de Mme J...

Les "crises" qu'elle présente sont sans doute moins fréquentes et suivies d'un coma moins long. Mais elles sont toujours violentes.

J'ai par hasard assisté à une crise récemment dans des circonstances particulières. Elle avait absorbé un certain nombre de comprimés de phénobarbital à 100 mg "pour en finir" et devant moi, elle a fait une crise violente avec agitation, cris, etc... qui paraissait aussi peu organique que possible.

Je ne sais donc quelle dose d'ortenal lui conseiller actuellement.

D'autre part, elle se plaint de maux de tête et il me semble qu'ils augmentent réellement et je me demande si ces céphalées associées à des vertiges réels et à une raideur de la nuque passagère ne posent pas le problème d'un nouvel EEG.

Enfin, je crains qu'elle n'abuse de ses forces, car elle s'occupe seule de son intérieur et de trois jeunes enfants".

Conclusion

Ces quelques lettres sont intéressantes car elles montrent :

1.- Que pour un médecin il est difficile, voire impossible, de faire la part de ce qui revient à l'Epilepsie et de ce qui est Hystérique, tant en ce qui concerne les "crises" proprement dites que les troubles du comportement et du caractère.

2.- Que les hystériques possèdent au plus haut point l'art de semer le doute et d'entretenir l'anxiété (chacune de ces lettres a reçu une réponse claire et ferme du Dr B. Neurologue, suivant Mme J... ce qui n'a pas empêché le Dr B. d'être à nouveau ébranlé quelques mois plus tard.

OBSERVATION 3 - Mademoiselle COU...
née le 20.6.1949.

Mademoiselle COU... est admise dans le service le 31.7.70, venant d'un service de médecine générale où elle a présenté des "troubles du comportement".

Eléments biographiques

Mademoiselle C... est l'aînée de neuf enfants, tous vivants, d'un niveau socio-économique médiocre. La grossesse a été normale; pas de traumatisme obstétrical. Selon la mère, le développement psycho-moteur a été normal. Mademoiselle C... est cependant une enfant et une adolescente de caractère difficile, impulsive, coléreuse. Scolarisée jusqu'à 14 ans, elle n'a pas obtenu le C.E.P. A 16 ans, environ; elle commence à travailler en usine.

Etude clinique

C'est vers 12-13 ans, selon sa mère, que sont apparues des absences (brèves interruptions de conscience) dont personne alors ne semble se soucier dans sa famille. Elle ne reçoit alors aucun traitement pour ces absences, qu'elle décrit de manière précise : "je m'arrête brusquement au milieu d'une phrase, je ne sais plus où je suis. Cela dure quelques secondes, puis c'est fini..."

Le 26 Mars 1968, Mademoiselle C... est victime d'un accident de travail : employée dans une cartonnerie, elle a les cheveux pris dans une machine, d'où scalp partiel avec plaie contuse du cuir chevelu et traumatisme crânien : elle est hospitalisée quelques jours en clinique.

Dès sa sortie de clinique, en avril 1968, Mademoiselle C... se plaint de vertiges. C'est alors que ses absences, apparues nous l'avons dit à l'âge de

12-13 ans, sont prises en considération. Il semble que leur fréquence ait augmenté après l'accident, atteignant le rythme de dix absences par jour.

Plusieurs électro-encéphalogrammes sont alors pratiqués: le premier suspect de comitialité, le troisième affirmant un petit mal . . . .

EEG n° 1 : "Au repos, le rythme de base alpha est d'abondance moyenne, légèrement irrégulier, bilatéral et symétrique de IO H, le tracé est surchargé fréquemment d'ondes lentes rythmiques de 4 H, de voltage moyen, bilatérales et symétriques.

On note à l'hyperpnée quelques pointes ondes isolées à maximum antérieur bilatérales et symétriques.

La SLI est sans effet.

En conclusion : signes de dysrythmie cérébrale assez importants; on note de plus, de rares éléments paroxystiques à projection antérieure et symétrique.

EEG n° 2 : Le 8.7.I968 : au repos, rythme de base abondant, sensiblement régulier, bilatéral et symétrique de IO H. Il n'a été noté ni anomalie localisée, ni élément paroxystique. Hyperpnée et SLI ne modifient pas le tracé.

EEG n° 3 : Un EEG pratiqué le 12.11.I968 authentifie électriquement ce petit mal :

"Au repos, le rythme de base alpha est peu abondant, peu régulier, de IO H, le tracé est surchargé fréquemment par des ondes lentes rythmiques de 4 à 6 H bilatérales et diffuses.

Il a été noté de plus une absence clinique avec clonies des paupières et des bouffées de pointes-ondes de 3 H bilatérales, symétriques et synchrones.

La SLI est inefficace.

En conclusion : tracé mettant en évidence des signes de comitialité diencéphalique de type petit mal.

- Outre ces vertiges, et la recrudescence des absences, sont apparues également depuis cet accident des pertes de connaissance; ces pertes de connaissance survenant lors de contrariétés, et essentiellement sur le lieu de travail, ont

entraîné à plusieurs reprises le retour de Mlle C... en ambulance de l'usine au domicile de ses parents.

- Enfin, Mlle C... dit que depuis cet accident également, se sont installées de violentes coères, déclenchées par une frustration, une contrariété : Mlle C... trépigne, casse tout ce qui lui tombe sous la main. Mlle C... dit très mal se souvenir de ce qu'elle fait lorsqu'elle est en colère (mais il ne semble pas que l'on puisse parler d'amnésie vraie).

Ces manifestations, et en particulier les absences seront considérées par le médecin expert comme post-traumatiques. Il conclut à une "incapacité pour comitialité post-traumatique".

A la fin de l'année 1968, Mlle C... est enceinte; supportant mal sa grossesse, elle passe six semaines à l'hôpital, déprimée. Après l'accouchement, le père abandonne la mère et l'enfant.

Mlle C... va passer une année et demie chez ses parents, travaillent en usine, sa mère élevant l'enfant; elle est alors sous traitement (Zaroutin, Ortenal, Alepsal) et ses absences ont disparu: mais non ses colères et pertes de connaissance.

C'est alors qu'elle est admise en médecine générale le 2.7.1970 pour bilan thyroïdien (Mlle C... s'est plainte d'avoir du mal à déglutir, et elle a une thyroïde un peu hypertrophiée).

Le bilan thyroïdien pratiqué dans le service conclut à l'Euthyroïdie;

Mais le comportement de Mlle C... dans le service s'aggrave progressivement elle passe plusieurs jours couchée dans son lit, les yeux fermés, avec cillement fin des paupières, refusant de s'alimenter, ne répondant qu'aux stimulations importantes. Lorsqu'elle sort de cet état de torpeur, ce qui lui arrive de temps à autre dans la journée, et qu'elle fait quelques pas dans le couloir du service, elle se laisse subitement tomber à terre et reste les yeux clos, silencieuse ou gémissante. Il n'y a pas de perte de connaissance, pas de perte d'urine, pas de morsure de langue. (Nous apprendrons quelques semaines plus tard que ce comporte-

était en partie induit, ou pour le moins entretenu, par une voisine de chambre, trop attentionnée, par ailleurs délirante mystique).

Ce comportement inquiétant, en dépit d'un traitement anticomitial (Ortenal, Alepsal, Zarontin) motive une consultation en Neuro-Psychiâtrie : "se présente à la consultation, astasique, abasique, amenée sur un brancard avec hallucinations visuelles construites : voit son amant qui l'a abandonnée poursuivi par la Police... note l'interne qui l'a reçue.

Mlle C... est alors admise dans le service le 31.7.1970 :

- L'intervention énergique du psychiâtre qu'elle a vu en consultation a sorti Mlle C... de son état de torpeur et d'obnubilation : lorsqu'elle entre dans le service, elle est consciente, marche et a un comportement normal.

- Ce comportement normal va persister durant une semaine. Durant cette semaine, on ne note ni lipothymie, ni absence, ni colère, ni crise d'aucune sorte.

- L'interrogatoire de Mlle C... nous apprend :
  - l'existence d'absences depuis 12-13 ans,
  - les pertes de connaissance lors de contrariétés,
  - les colères, clastiques, suivies d'amnésie (?).

- Le 6.8.70 : apparition de nouveaux troubles du comportement: Mlle C... tente de se blesser le poignet gauche avec un débris de glace de poche; il s'agit d'une plaie superficielle. Aux questions de l'interne de garde, la malade pleure, mais ne répond rien.

Le lendemain de la "TS" Mlle C... commence à réclamer sa sortie, pour revoir le père de son enfant, dit-elle, et réclame un séjour en maison de repos, séjour promis par son médecin-traitant comme étant la suite logique de son hospitalisation.

- Tout le reste du temps que Mlle C... va passer dans le service sera vécu essentiellement en fonction de l'alternative suivante :l'interne l'enverra-t-il ou ne l'enverra-t-il pas en maison de repos ? Du jour où la décision du départ en maison de repos sera prise, les troubles du caractère (opposition, colères, refus

de s'alimenter) disparaîtront immédiatement, sans réapparaître jusqu'à la sortie.

Ce départ en maison de repos est tout d'abord refusé :

- Le I2.8.70 : nouvelles période d'opposition : refuse des médicaments, refus de s'alimenter, mutisme. Mlle C... reste prostrée dans son lit. Cet épisode va durer 48 heures.

- Le 14.8.70 : Mlle C... réclame avec agressivité sa sortie, disant qu'elle a été trop mal soignée, puis vers I3 heures, s'effondre dans le couloir du service après s'être tailladée les poignets avec une lame de rasoir. Apparemment sans connaissance, elle est relevée par son ex-voisine de lit qui la couche sur deux chaises. Mlle C... reste les yeux fermés, répondant de temps à autre aux questions de sa compagne. Il n'y a pas d'ébauche de mouvement tonico-clonique, ni morsure de langue, ni perte d'urine. Cet état va durer une vingtaine de minutes entretenu par sa compagne compatissante. On peut parler, nous semble-t-il, d'état cataleptique.

- Les jours suivants, Mle C... est à nouveau souriante.

Elle est passée le I7.8.70 dans une autre salle du service. Son départ en maison de repos étant toujours refusé, elle persiste dans son état d'opposition avec quelques manifestations de mauvaise humeur.

Ainsi, le I0.9.70, un médecin n'ayant pas répondu à une question, elle jette toutes ses affaires par terre, déchire la lettre qu'elle était en train d'écrire, refuse totalement médicaments et alimentation.

- De guerre lasse, devant la non-amélioration de ses troubles caractériels l'envoi en maison de repos est décidé : l'amélioration est spectaculaire, le, jour même où on lui annonce le départ, disparition de l'opposition et du mutisme. Mlle C... est souriante, détendue, coopérante, elle le restera jusqu'à son départ le 2 Octobre I970.

Durant son hospitalisation, deux EEG ont été pratiqués (30.7.70 et 30.9.70) l'un comme l'autre ont montré :

"Au repos, un rythme de base alpha abondant, légèrement irrégulier, bilatéral et symétrique de IO H.

Tracé surchargé fréquemment par des ondes lentes rythmiques de 4 à 6 H bilatérales diffuses et des rythmes rapides à maximum antérieur.

Il n'a été noté ni anomalie localisée, ni élément paroxystique.

L'hyperpnée ne modifie pas le tracé.

Résumé et conclusions -

Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans, de milieu socio-économique médiocre. Aînée de 9 enfants, de père éthylique, elle fut elle-même, célibataire, mère à I8 ans. Son niveau intellectuel est médiocre : son quotient intellectuel est de 70 au Weschller-Bellevue

Elle présente depuis l'âge de I3 ans, de brèves interruptions de conscience, dont la description clinique faite par la mère évoque les absences du Petit Mal. Ces absences ont été authentifiées électro-encéphalographiquement en Novembre I968.

A la suite d'un accident de travail (arrachement du cuir chevelu) survenu en Mars I968, la symptomatologie, faite d'absences et de difficultés caractérielles banales, s'est enrichie.

En effet, sont apparues :

- des vertiges;
- des pertes de connaissance, déclenchées par des contrariétés essentiellement sur son lieu de travail,
- des colères clastiques.

Ces pertes de connaissance, nous sont apparues au cours de l'hospitalisation comme des accès cataleptiques déclenchés par des émotions ou des contrariétés, mode de réaction alternant avec des épisodes d'opposition ou des colères.

Il faut noter qu'en dehors d'un EEG (12.11.68) affirmant de manière indiscutable le Petit Mal Epileptique, les autres EEG pratiqués n'ont montré à chaque

fois, qu'un rythme de base alpha assez abondant, surchargé par des ondes lentes rythmiques à 4-6 H. Bilatérales et diffuses, sans anomalies focalisées, tracés banaux et fréquemment rencontrés chez les sujets immatures, à traits de caractères hystériques.

En bref, cette jeune femme présente donc :

- une comitialité petit mal authentique
- des accès cataleptiques à déclenchement émotif
- des troubles du caractère : colères violentes, opposition, impulsivité.
- un niveau intellectuel médiocre.

Plutôt que de parler de troubles du comportement chez une épileptique, on peut parler d'hystéro-épilepsie :
manifestations hystériques (catalepsie) associées à une comitialité Petit Mal.
Il est difficile et arbitraire de rattacher les troubles du comportement associés (colères, oppositions) à l'épilepsie plus qu'à l'hystérie, bien qu'il soit classique faire de ces sortes de troubles un élément quasi-constant du caractère épileptique.

GROUPE 2

Ce groupe est constitué d'observations où la comitialité est très probable, mais ne peut-être affirmée de manière absolue; soit qu'aucun EEG ne soit caractéristique de comitialité, soit que nous n'ayons assisté en cours d'hospitalisation à aucune manifestation comitiale typique et que celles décrites ne soient pas convaincantes, les troubles caractériels et les manifestations de conversion sont au premier plan, ces malades nous étant apparus avant tout comme de "grands hystériques".

La première observation est celle d'une femme de 40 ans présentant des symptômes multiples entrant probablement dans le cadre d'une épilepsie temporale, bien qu'aucun EEG ne soit absolument convaincant, symptomatologie complétée par des troubles du caractère et des manifestations de conversion.

La deuxième est celle d'un homme de 50 ans, étiqueté comitial à l'âge de 20 ans, à la suite de crises généralisées. Lors de sa dernière hospitalisation, il n'a été constaté dans le service ni crise généralisée ni "absence", mais par contre dominent les réactions caractérielles et revendicatrices, et les manifestations hystériques (malade arrivé sur une chaise roulante, présentant une astasie-abasie complète).

La troisième observation de ce groupe est celle d'une femme de 40 ans, dont la comitialité remonterait à l'âge de 15 ans; cette femme décrivait des malaises variés et a même été hospitalisée en Neurochirurgie pour une intervention sur un foyer temporal; il n'a jamais été constaté dans le service de crise comitiale, ni de tracé caractéristique; ce qui nous a semblé dominant était les troubles du caractère; l'intérêt de cette observation réside en partie dans le fait qu'une fois l'étiquette de comitialité posée, il est impossible d'en défaire le malade, avec tous les avantages et les inconvénients que cela entraîne pour le sujet.

Mme CH... est née le 25.10.1929 dans l'Aisne, elle est la quatrième de treize enfants dont 9 filles.

Le père était électricien, décédé en 1963 (à 57 ans), dans un accident du travail.

La mère est décédée en Août 1970.

Le milieu familial dans l'enfance est peu favorable : le père est dépeint comme alcoolique, jaloux, il battait la mère, mais pas les enfants; mère ressentie comme méchante, éthylique, elle ne s'occupait que des bébés, ensuite se désintéressait des enfants à partir de 3 ans environ.

- Mme CH... aurait eu, dit-elle, des convulsions dans l'enfance (?) sa mère lui disait qu'à un ou deux ans elle tombait par terre.

Elle est réglée à 9 ans et demi, à 11 ans, elle a une grande frayeur : son père menace sa mère avec un rasoir; cette frayeur aurait entraîné une mutité de plusieurs jours chez la petite fille.

A 12 ans, elle fait plusieurs fugues avec sa soeur; parle d'une tentative de viol (?) à l'âge de 13 ans; tentative à laquelle elle attribue sa frayeur et son dégoût actuels lors des rapports sexuels.

- Mme CH... se marie à 17 ans et demi, en 1947. Accouche en 1948 d'un garçon, accouchement suivi d'une fièvre puerpérale, puis d'une appendicectomie.

En 1949, Hystérectomie.

En 1961 : Cholecyctectomie suivie d'une fugue de plusieurs semaines avec un amant, revient ensuite au foyer.

- A noter en 1957 et 1961 deux tentatives d'autolyse en se jetant sous des voitures.

Durant toute cette période (1950-1960) elle a fait dit-elle, une dizaine de séjours à l'HP de Prémontré -(à la suite de fugues, de tentatives de suicide)

- En 1963 : mort d'un neveu de 4 ans; elle a alors un épisode de céphalées, d'agitation puis s'installe une paralysie en mai 1963, paralysie qui va durer un an; il subsistera une faiblesse du membre inférieur gauche.

- A partir de I966, Mme CH... est suivie par le Dr CHERTOK à l'Elan pour ses troubles du comportement qui sont considérés comme des manifestations hystériques.

C'est à la suite de modifications de l'Electro-encéphalogramme constatées le 3.11.I967 (les électro-encéphalogrammes précédents étaient normaux) que Mme CH... est hospitalisée dans le service le I0.5.68.

I.- Première hospitalisation le I0 Mai I968

Lors de l'interrogatoire, la patiente décrit ainsi ses différents troubles :
- elle présenterait depuis son enfance :
1) des épidoses de "dreamy state" qui persistent à l'heure actuelle,
2) ce que l'on peut considérer comme des crises uncinées (sensations brèves de goût de réglisse dans la bouche)
3) des crises audiogènes, où elle entend de la musique, toujours la même, qui lui semble venir de l'extérieur; les crises lui paraissent de très longue durée.

- Elle raconte l'épisode d'hémiplégie gauche pour lequel elle a été hospitalisée pendant un mois, épisode survenu à la suite du décès d'un neveu de 4 ans. E Elle est restée paralysée du côté gauche durant un an, dit-elle.

- En I964, apparition :

1) de pertes de connaissance avec chutes où elle se blesse; lors de quelques crises, elle aurait perdu ses urines eta se serait mordue la langue. De même, dans certaines crises, mais non dans toutes, elle aurait des mouvements convulsifs prédominant aux deux bras (?)

2) De fugues, où elle se réveille le matin dans un hôtel "sans savoir comment elle y est venue" dit-elle.

3) De lacunes amnésiques.

- Toute cette période, depuis cinq ans, est entrecoupée de nombreux séjours en hôpital prychiâtrique (dix hospitalisation de quinze jours)
- La fréquence des chutes a augmenté ces derniers temps, dit-elle de sorte

qu'elle ne sort jamais seule dans la rue.

Certaines crises sont annoncées par des douleurs dans le cou; montant dans la tête, souvent, il y a une sensation de marche ébrieuse.

Avant cette première hospitalisation, en I966, plusieurs Electro-encéphalogrammes ont été pratiqués à l'Elan :

1) Le 6 Avril I966

- au repos : rythme de base alpha rapide (12 cy/sec) peu ample, symétrique mal individualisé, car mêlé de nombreux rythmes rapides s'inscrivant de façon diffuse sur les deux hémisphères.

Quelques oscillations lentes têta entrecoupent le rythme de façon diffuse.

- la réaction d'arrêt visuel s'exerce correctement sur le rythme alpha des deux côtés;

à l'hyperpnée, augmentation de l'importance des rythmes têta.

- stimulation lumineuse intermittente : entraînement occipital, bilatéral, symétrique, de bonne qualité.

En conclusion : tracé polyrythmique, dépourvu d'anomalies significatives.

2) Le 3 Novembre I967

- tracé altéré : il comporte principalement sur les régions temporales des potentiels pointus mêlés à des bouffées d'ondes lentes, le plus souvent thêta parfois delta; rythme alpha mal organisé.

- A l'hyperpnée : accentuation de la surcharge lente et pointue qui déborde les régions temporales pour devenir plus diffuse.

- Stimulations lumineuses intermittentes : pas d'anomalie.

En conclusion : surcharge lente et pointue bitemporale compatible, s'il existe des signes cliniques évocateurs, avec le diagnostic de comitialité temporale.

3) Le 17.1.1968 :

Conclusion du compte-rendu : aspect "irritatif" bi-temporal.
Couverture barbiturique souhaitable dans le contexte clinique.

C'est à la suite de cet électro-encéphalogramme que la malade est mise sous traitement barbiturique et adressée dans le service du Docteur BOUTTIER quelques mois plus tard.

L'examen neurologique pratiqué à l'entrée dans le service montre :

- Au niveau des membres inférieurs :
  la marche normale, mais dans la marche sur la pointe des pieds, la jambe gauche traîne;
  ébauche de Barré et Miugazzini à gauche;
  diminution nette de la force segmentaire globale à gauche, sans rapprot avec les possibilités statiques qui sont presque normales.
- tonus : normal
- réflexes ostéo-tendineux : normaux, symétriques, pas de clonus.
- cutanés plantaires : en flexion des deux côtés;

- sensibilité :
  superficielle ; hypoesthésie alléguée au membre inférieur gauche, avec limite nette à la racine de la cuisse,
  profonde : normale.

- Au niveau des membres supérieurs : manoeuvre du serment : élévation de la main droite, léger abaissement de la main gauche.
  force segmentaire normale,
  réflexes ostéo-tendineux normaux, symétriques
  sensibilité : normale.
- Nerfs crâniens : normaux
- Pas de nystagmus
  Pas de signe d'atteinte cérébelleuse.

Durant son séjour dans le service :

Mme CH... a des malaises survenant n'importe où, n'importe quand; elle tombe et revient à elle aussitôt. Il n'est pas noté dans le compte-rendu de ce séjour s'il y a eu perte d'urine et morsure de langue.

Le bilan para-clinique pratiqué dans le service s'avère normal :

- Electro-encéphalogramme normal,
- Fond d'oeil normal,
- Rx crâne normal.

Mme CH... quitte le service le 2I Mai I968 avec un traitement à base de Tégrétol et d'Ortenal.

Conclusion de cette première hospitalisation :

" 1) Comitialité temporale très vraisemblablement authentique avec crises polymorphes, comprenant : des pertes de connaissance complètes et incomplètes, des crises psychiques et sensorielles (crises uncinées) datant de l'enfance.

L'Electro-encéphalogramme fait dans le service est normal, mais d'autres électro-encéphalogrammes montraient des anomalies bitemporales.

2) Le syndrome déficitaire assez massif du côté gauche, séquelle d'une hémiplégie franche, datant de quelques années, ne s'accompagne actuellement d'aucun signe neurologique objectif. Cette hémiplégie peut avoir été une hémiplégie purement fonctionnelle.

3) Les troubles psychiques relatés dans l'observation n'ont pas été évidents durant son séjour à Paul Brousse; en tout cas elle n'a pas présenté de troubles du comportement dans le service; il s'agit vraisemblablement deetroubles liés à la comitialité".

Madame CH... va être revue en consultation :

- le 10.6.68 : dit avoir moins de malaises,
  2 ou 3 chutes par jour,

épisodes de diplopie durant quelques minutes.
Même traitement : tégrétol n° 3, Orténal n° 1.

- Le 9.9.68 :
toujours deux ou trois chutes par jour,
quelques malaises, vertiges,
Un EEG a été fait le 6.9.68 : tracé désynchronisé riche en ondes lentes, irrégulières. Ondes lentes prédominent en bi-temporale, où elles sont volontiers pointues. On note des fréquences rapides diffuses.
Accentuation à l'hyperpnée.
Pas de modifications du tracé à la SLI.

En conclusion : tracé perturbé (aspect pointu, irritatif, mais la SLI a été bien supportée, pas d'accident paroxystique).
Orténal n° 1; Tégrétol n° 4.

II - Deuxième hospitalisation le 3.12.68

Pour amaigrissement avec douleurs gastriques.

Persistance des chutes (3 par jour) en moyenne) : perte de connaissance très brève : Mme CH... reprend connaissance avant d'être au sol.

Sortie le 14.1.69.

Revue en consultation le 18.3.69 :
avec EEG fait le 27.1.69 : "tracé trop lent irrégulier, désynchronisé traduisant des fluctuations de la vigilance, mais comportant encore quelques éléments irritatifs temporaux".

Mme CH... a interrompu son traitement : elle fait des chutes.
Traitement repris à base de Tégrétol et de barbituriques.

Revue ensuite en consultation :
- le 29.4.69 : moins de "crises"
amélioration du comportement
traitement Tégrétol n° 3, gardénal, Orténal 1.

- Le 1.7.69 : décrit des images multipliées (diplopie ?)
  le mari parle de crises de somnanbulisme; cet homme apparaît comme "mari modèle" d'hystérique" répondant au moindre désir de sa femme.
- Le 21.10.69: déprimée par le décès de sa mère, et le départ du mari avec sa maîtresse.
  Même traitement.

III - Troisième hospitalisation le 5.11.69

Cette hospitalisation est motivée essentiellement par un état dépressif déclenché par : le décès de la mère en Août I969; l'abandon du mari en Septembre I969.

Elle signale :
- une tentative d'autolyse (?) au gardénal fin Octobre 69
- actuellement : insomnie, anorexie, idées de suicide.

Symptomatologie :

Peu de chutes actuellement (1 ou 2 par mois, avec pertes de connaissance très brèves : se réveille avant de toucher le sol); tomberait toujours du côté gauche, comme si elle était projetée ; ni perte d'urine, ni morsure de langue.

Elle se plaint par ailleurs :
- de pertes de mémoire, céphalées occipitales et rétro-orbitaires
- de perception de mauvaises odeurs (pomme de terre brûlée)
- d'une lourdeur intermittente de la jambe gauche.

L'examen neurologique objective :
- un déficit moteur gauche (ne peut décoller le pied gauche du lit) marche en steppant à gauche,
- une abolition de la sensibilité superficielle objective à gauche
- une anesthésie de l'hémiface gauche.

Le reste de l'examen neurologique est normal.
L'amélioration est progressive durant l'hospitalisation;
Le 21.11.69 : souriante, marche mieux, dort bien.

- Un EEG est pratiqué le 19.11.69 : "tracé mettant en évidence des signes très discrets de dysrythmie cérébrale diffuse (quelques ondes lentes rythmiques 4 à 6 H) sans anomalie en foyer. Hyperpnée et SLI : ne modifient pas le tracé".

Mme CH... sort le 25.11.69 avec un traitement associant barbituriques et Tégrétol n° 1.

Conclusion du séjour :

Malade longtemps considérée comme purement hystérique (?) mais ayant présenté des signes électriques avec comitialité et quelques manifestations (chutes absences), très améliorées par le traitementanti-comitial.

Madame CH... sera revue plusieurs fois en consultation :

- Le 9.12.69 : examen neurologique :
  idem
  steppage du côté gauche
  ne peut lever le MIG du lit
  chute au Barré à gauche.
  Au total: "majoration fonctionnelle" probable.
  Même traitement.

- Le 24.2.70 :
  - a fait une chute brutale (ecchymoses pommette gauche)
    toujours les mêmes chutes, sur la gauche, se voit tomber au dernier moment.
  - raconte également des impressions : de rétrécissement de la pièce, de la modification de son schème corporel, de visions
  - chutes fréquentes (une fois par jour).

- Le 24.3.70 :
  son mari est revenu au domicile : quelques rapports sexuels leur ont donné des "troubles complexes à tous les deux" dit-elle.

- Le 21.4.70 :
  Fait des cauchemars (animaux avec la tête de son père), par ailleurs, se plaint d'agoraphobie : ne sort jamais seule.

- Le 26.5.70 :

Les malaises ont augmenté, le traitement semble pris de manière irrégulière.

- Le 29.9.70 :

Plusieurs chutes par jour, actuellement a des soucis : elle se sépare de son mari.

A l'examen : impotence complète du MIG avec anesthésie remontant jusqu'au thorax, hypoesthésie sur le thorax et le bras gauche.

Même traitement.

IV - Quatrième hospitalisation le 27.10.1970

- La malade est readressée par le Dr CHERTOK pour :

Chutes répétées brutales, sans prodrômes, accompagnées de pertes de connaissance de durée variable, sans morsure de langue, sans pertes d'urine avec hallucinations visuelles, olfactives et gustatives, parfois même auditives.

Mme CH... présente un hématome sous-orbitaire lié à une chute récente.

- L'examen neurologique :

met en évidence une impotence fonctionnelle du MIG, qui semble d'une organicité douteuse : diminution importante de la FM segmentaire contrastant avec une marche quasi-normale.

L'état thymique est normal.

- A l'interrogatoire, Mme CH... décrit la symptomatologie suivante :

- de mauvais goût dans la bouche,
- de mauvaises odeurs (brûlé, indéfinissable);
- de visions : voit des choses horribles, des bêtes avec la "tête de mon père" depuis 8 mois environ
- d'hallucinations visuelles.

- Mme CH... présente :

- des chutes : elle ne les voit pas venir, mais s'aperçoit qu'elle tombe avant d'arriver par terre, quelquefois elle entraîne des personnes dans sa chute.
- Elle aurait fait récemment une "crise" avec perte de connaissance, morsure de langue, perte d'urine, amnésie post-critique (c'est son fils qui lui aurait

décrit cette crise).

- Des phénomènes localisés au côté gauche de la tête :
  - elle est sourde du côté gauche,
  - l'oeil gauche la gène, avec perception de plusieurs images identiques,
  - lorsque surviennent les céphalées, la jambe gauche ne peut plus marcher;
- en temps habituel : elle traîne légèrement la jambe gauche;
- Mme CH... vit avec son fils,
  - elle dort mal, fait des cauchemars, toujours les mêmes, (rêves aux bêtes à tête de son père), se lève la nuit en dormant; le fils la retrouve au bord de la fenêtre.

- Durant son séjour hospitalier :
  - Mme CH... a fait quelques chutes durant la première semaine; puis ensuite celles-ci se sont espacées,
  - Un électro-encéphalogramme a été pratiqué (le 30.10.1970) "tracé mettant en évidence des signes nets de dysrythmie cérébrale diffuse sans anomalie en foyer". (Tracé plus actif que le précédent).

- Au Rorschach :
  - Réponses peu nombreuses (R = 17); Mme CH... contrôle mal ses réactions affectives. Elle exprime son anxiété. Elle voit "des bêtes affreuses"., elle précise "je la vois très souvent, elle est posée sur les murs et prête à venir sur moi". Elle ne domine pas non plus un choc au rouge important. Elle dit à ce propos : "le rouge me fait toujours mal et je suis attirée par le rouge malgré tout". "Là, je vois le rouge qui m'attire et me fait peur. Le rouge du haut est attiré aspiré par le rouge du bas". Elle n'arrive pas à dominer cette réaction et à formuler une réponse.

  - De même à la planche VI, planche pour elle agréable, elle me dira : "quelque chose de doux" sans structurer davantage sa réponse;

  - A la planche VII (planche maternelle), elle ne tient plus du tout compte de la réalité de la planche; elle "voit un bébé en morceaux" elle a les larmes aux yeux. A l'enquête, elle dit : "je vois bien que ce n'est pas un bébé, mais je crois que c'en est un".

- A la planche VIII, elle dit : "ça m'a l'air d'attirer le sang".

- A la planche X : elle voit "beaucoup de choses que je vois en rêve", elle précise à l'enquête : "des organes génitaux, des ovaires, un vagin".

- La planche X est sa planche préférée parce qu'elle représente "tout ce que je n'ai plus".

La conclusion du Rorschach est peu utilisable :

"- ces réponses facilement interprétables, les difficultés à structurer les planches, à dominer ses réactions affectives, font penser à une structure hystérique avec évolution psychotique possible, mais peuvent s'expliquer aussi par des troubles organiques.

A noter que les banalités essentielles sont perçues."

Mme CH... quitte le service le IO Novembre I970 avec un traitement à base de Tégrétol et d'Ostenal.

Un rendez-vous est pris le Ier décembre I970.

Hospitalisée de nouveau le 1/12/70

Mme CH... arrive à la consultation du Dr BOUTTIER, soutenue par deux personnes; s'effondre aussitôt dans le bureau, disant qu'elle ne peut marcher, ses jambes refusent de la porter; malgré la stimulation du Dr BOUTTIER, ne peut se lever, reste un quart d'heure par terre.

- Elle est alors admise et isolée : s'agite, demande à partir, disant : "il faut que je rentre, vous ne pouvez pas comprendre, chez moi je m'allongerai et il viendra s'allonger près de moi" (parlant de son fils).

- Elle reste ainsi allongée 24 heures, ne pouvant marcher (astasie, abasie typique).

- Les jours suivants, avec l'aide d'une prise en charge kinésithérapique, se remet à marcher progressivement et rapidement s'améliore.

- Quitte le service le 4.12.70 sur sa demande pour aller marier son fils.

Résumé et conclusion

Il s'agit d'une femme actuellement âgée de 42 ans connue du service depuis I958.

1) Cette femme présente une symptomatologie complexe : elle décrit en effet à l'interrogatoire :

- des pertes de connaissance brèves avec chute, ayant fréquemment entraîné des blessures
- des sensations de mauvais goût
  des mauvaises odeurs
- des hallucinations auditives (musique) et peut-être visuelles
- l'existence de fugues avec amnésie du contenu de la fugue.

Il faut noter que l'interrogatoire est difficile, les descriptions des différentes crises faites par Mme CHOF... variant d'un interrogatoire à l'autre; il nous semble qu'une fois de plus, le flou même de l'interrogatoire est un trait important. Nous le retrouvons dans la majorité de nos observations, mais non dans toutes.

Quoiqu'il en soit la symptomatologie clinique des différentes crises, telles qu'elles sont décrites est nous semble-t-il en faveur d'une épilepsie à point de départ temporal profond.

2) Cette symptomatologie critique se complète :

- par des troubles importants du caractère : impulsivité, labilité et variation de l'humeur, troubles du caractère fréquemment rencontrés chez les comitiaux

- par des manifestations motrices de deux types :

1.- une diminution de la force motrice du membre inférieur gauche, variable dans le temps; cette diminution de la force motrice a succédé à une hémiplégie gauche ayant duré plusieurs mois et apparue quelques temps après un choc affectif -(perte d'un neveu); cette faiblesse du membre inférieur gauche, importante lors des examens neurologiques, contrastait avec une marche parfois complètement normale, ailleurs traînant légèrement la jambe gauche, ce qui a fait soulever l'hypothèse d'une parésie hystérique.

2.- Une astasie abasie franche (décembre I970) qui va durer plusieurs jours cédant progressivement à une rééducation psychothérapique : il s'agissait là incontestablement d'une manifestation hystérique.

- Par un "contact" particulier, cette malade apparaît assez adhésive, un peu "collante" s'exprimant avec lenteur, en bref sa présentation et son "contact" nous ont paru plus épileptiques qu'hystériques.

3) Sur le plan EEG : ils montrent en I966 un rythme de base alpha rapide peu ample, mêlé de nombreux rythmes rapides, s'inscrivant de façon diffuse sur les deux hémisphères?

En I967, un rythme alpha, avec sur les régions temporales des potentiels pointus mêlés à des bouffées d'ondes lentes; bouffées accentuées par l'hyperpnée.

En Septembre I968, un EEG montre un tracé désynchronisé, riche en ondes lentes, prédominant en bitemporale, où elles sont volontiers pointues, il existe en outre des rythmes rapides diffus.

En Janvier I969, l'EEG montre un tracé proche du précédent.

En Novembre I969, l'EEG ne met en évidence que des signes très discrets de dysrythmie cérébrale diffuse (quelques ondes lentes rythmiques de 4 à 6 H) sans anomalie en foyer.

Un nouvel EEG en Octobre I970 est très proche du précédent.

Ainsi, seuls les deux premiers EEG peuvent être considérés comme suspects d'une comitialité, celui de I967 en particulier qui montre sur les régions temporales des potentiels pointus mêlés à des bouffées d'ondes lentes; aucun de ces EEG n'apporte d'arguments certains en faveur de la comitialité.

4) L'examen psychologique enfin se résume au passage d'un test de Rorschach. Il n'a malheureusement pas été passé de test de niveau intellectuel.

Au Rorschach apparaît essentiellement une anxiété vive, mal contrôlée, avec chocs couleurs, les réponses sont peu ou pas sctructurées, interprétantes pour ne pas dire délirantes. Elles sont en nombre relativement limité (17). Ce protocole n'a pas permis à l'examinateur de conclure en faveur de l'hystérie ou de l'épilepsie.

En conclusion : il semble que l'on se trouve en présence d'une femme comitiale, à symptomatologie clinique polymorphe, rentrant dans le cadre de l'"épilepsie temporale"... Il existe par ailleurs indiscutablement des éléments hystériques : plus que les troubles du caractère et du comportement, il s'agit essentiellement de la qualité de ses relations affectives avec son mari, et son fils, et sexuelles (crainte et dégoût de la sexualité, frigidité) et de manifestations hystériques de conversion : l'une très probable (hémiplégie gauche, suivie d'une faiblesse du membre inférieur gauche dont le degré varue dans le temps) l'autre certaine (astasie-abasie).

Les différents EEG ne permettent pas de trancher, les tracés observés étant pour certains en faveur d'une comitialité mais pouvant également se rencontrer chez des sujets hystériques.

Il semble donc que l'on puisse parler d'hystéro-épilepsie.

OBSERVATION 5 - Monsieur DUB...
né en I920.

Connu du service depuis I96I.

Eléments biographiques

Né en I920. A un frère de six ans plus jeune. Enfance très protégée, dit-il. Pas d'éléments concernant la grossesse et l'accouchement, ainsi que le développement spycho-moteur.

Passe son CEP puis fait 3 ans de cours complémentaires. A 16 ans, entre dans une maison de tissus où il restera jusqu'à 20 ans? Quitte cette maison lors du décès de son patron.

En I940, il devient employé bénévole à la mairie de Courbevoie, puis dans un camp de jeunesse.

En I942, il devient Chef de Groupe dans un comité d'action des restaurants communautaires; il y restera jusqu'en I947.

En I948, il passe un examen d'entrée à la Société Générale; il est reçu; mais fait de fréquentes "absences" et des crises généralisées. Il est finalement licencié, car, selon son patron,"est toujours rêveur et fait peur aux femmes" dit-il.

Il fit alors durant quelques temps de la représentation.

En I95I, il devient employé de bureau : il le restera jusqu'en I963 date à laquelle il s'arrête définitivement de travailler.

Le début des troubles -

remonte à I94I, il a alors 21 ans.

Selon le sujet : survenue de crises généralisées avec convulsions, morsure de l langue, amnésie totale post-critique. Ces crises sont survenues sans cause déclenchante, apparente, en particulier il n'y a eu ni traumatisme crânien, ni épisode infectieux, cérébro-méningé ou autre. Il existe par ailleurs , alternant avec ses crises généralisées, des absences : 2 ou 3 par jour, selon le sujet.

L'apparition des crises généralisées aurait été précédée par de légers tremblements au niveau des mains, tremblements auxquels le malade n'avait tout d'ab d'abord prété aucune attention.

La première crise généralisée serait apparue une quinzaine de jours après, la nuit, s'accompagnant d'une morsure de langue, d'une hypersialorrhée et d'amnésie post-critique. Monsieur D. est alors mis au gardénal; une quinzaine de jours plus tard apparition "d'absences" durant 4 à 5 minutes, en nombre variable (0 à 3 par jour) survenant irrégulièrement.

De I942 à I947, ces "absences " persistent, elles sont très atypiques car il semble que le malade s'en souvienne.

En Janvier I949, toujours selon ses dires, le malade fait trois crises d'épilepsie en une nuit; il se réveille le matin; angoissé, avec une sensation de bizarrerie indéfinissable, avec "impression" d'avoir conscience de sa perte de connaissance.

Sous traitement anticomitial, les crises généralisées vont disparaître mais persistance des "absences".

A partir de I958, selon le malade, les absences s'accompagnent d'une chute avec amnésie post-critique (le malade en est averti par son entourage). Ces crises durent I0 minutes environ. Au bureau, il lui arrive de se déshabiller comme pour aller se coucher, ou bien de saluer ses collègues, se lever comme pour partir, puis revenir s'asseoir. Monsieur D. est alors traité par gardénal,

Di Hydan, Posédrine.

En I959, apparition de troubles psychiques à type d'impression de bizzarerie "impression pénible que les choses, les gestes les plus banaux, étaient différents, bizarre - impression de ralentissement du coeur durant quelques secondes "Ces troubles sont transitoires; mais par contre dit-il, les absences sont quotidiennes. Il s'installe parallèlement une impuissance sexuelle.

En I960, crises généralisées fréquentes dit-il, avec chute et blessures.

En Mai I96I, impression bizarre de lenteur des gestes; ces troubles s'aggravent en juin-juillet. Il est hospitalisé 24 heures en juin I96I.

Le 7 Juillet I96I, Monsieur D... a une crise d'angoisse avec palpitation bouffée vaso-motrice. Il décide de se faire hospitaliser.

1 - Hospitalisation le 8 Juillet I96I pour bilan

Le I0.7.I96I est observée une crise baptisée "crise névropathique"à grand spectacle" par l'interne observateur : début progressif par une céphalée sus-orbitaire droite qui s'étend ensuite vers la région occipitale droite; avec blocage secondaire des mouvements du cou, et bourdonnement d'oreilles.

Ces céphalées violentes continues, s'aggravent progressivement, s'accompagnant d'agitation, avec recherche d'une position antalgique.

Puis apparaissent des manifestations cardio-respiratoires :
accélération progressive du rythme respiratoire avec
sensation d'asphyxie, polypnée superficielle
accélération du rythme cardiaque avec impression de mort imminente
tremblements des membres inférieurs.

Cette crise, dont la durée n'est pas précisée, s'accompagne d'angoisse violente; elle est terminée par une crise de sueurs, une asthénie marquée, un immense soulagement; cependant Monsieur D... ne peut se lever. La T.A. est à 12/8.

Il a été noté : le caractère dramatique de la présentation,
la prolixité
et la richesse de la description des troubles présentés.

Le jour même (IO juillet I96I) est enregistré un EEG :

"- au repos : tracé caractérisé par un rythme alpha peu abondant, peu régulier, bilatéral et symétrique de IO H

- ce tracé est surchargé par des ondes lentes rythmiques de 4 à 6 H, parfois bilatéral, présentant le plus souvent une prédominance temporale gauche.

- Il n'a été noté aucun élément paroxystique.

En conclusion : tracé mettant en évidence sur un fond de dysrythmie cérébrale diffuse une prédminance temporale gauche des altérations.

Le 12.7.6I il est noté : "angoissé" se sent pris de panique sans raison, a l'impression d'être indésirable, qu'on le regarde d'une drole de façon".

Un jour suivant, on note une amélioration progressive, avec disparition des crises fonctionneles, atténuation de l'angoisse.

Il quitte le service le 28 Juillet I96I avec un traitement associant orténal, duhydan.

Il est noté en conclusion dans le dossier :
"intrications de manifestations comitiales authentiques (crises généralisées "absences", manifestations paroxystiques d'aspect temporal), et de manifestations hystériques de conversion.

"Arriération affective évidente ; a toujours vécu dans un milieu hyperprocteur, avec une mère forte et un père falot, préoccupations hypocondriaques, difficultés sexuelles (impuissance, masturbations) difficultés professionnelles du fait de sa lenteur, de son rendement médiocre.

"Il semble que la fuite dans ses malaises soit une solution".

2) Deuxième hospitalisation le 26 Mai I962 /

- pour : - un état dépressif avec apragmatisme, difficulté de mémoire, de compréhension

- persistance "d'absences" (3 à 4 par semaine) malgré son traitement.

Un EEG est enregistré le 30.5.I962 qui montre :

- Des signes discrets de dysrythmie cérébrale diffuse sans localisation : rythme de base alpha labile, irrégulier, surchargé assez fréquemment par des ondes lentes de 4 à 6 cycles/seconde, bilatérales et diffuses.

- L'hyperpnée n'entraîne pas de modifications.

Le 8 Juin I962 : crise généralisée devant une infirmière, avec blessure de la lèvre; pas de pertes d'urine; amnésie post-critique.

Le IO Juin I962 : nouvelle crise généralisée malgré un traitement anti-comitial.

Un nouvel EEG le 2.6.I962 a montré un tracé proche du précédent, avec cependant projection maximum des ondes lentes de 4 à 6 H en temporale gauche.

Monsieur D.... fera encore deux crises généralisées avant sa sortie le 26.6. 62; sortie avec traitement associant osténal et de G 32 883 (tégrétol).

Revu en Juillet I962, il persiste des "absences " avec parfois chutes (crises généralisées).

3) Réadmis le 7 Décembre I962

Car :

- persistance de pertes de conscience avec amnésie, de durée non précisée
- apparition d'hallucinations auditives (entend des personnes de sa connaissance qui lui parlent).

Dans le service : il extériorise rapidement un syndrôme délirant expansif, à mécanisme mixte, hallucinatoire et interprétatif, à thème de persécution par son entourage, infirmière et malades, avec quérulence et adhésion totale à son délire on note de fausses reconnaissances, une sensation d'étrangeté de l'ambiance. Ces éléments délirants vont rapidement régresser sous neuroleptiques; le tégrétol a été arrêté.

Le 15.12.62 : Monsieur D... fait une chute brutale après le repas, avec perte de connaissance; pas de morsure de langue, pas de perte d'urine, mais relâchement du sphincter anal (crise amyotonique) amnésie post-critique.

Un EEG enregistré le 12.12.1962 montre :

- Un rythme de base alpha peu abondant, infravolté, irrégulier de 10 H environ
- Surchargé de rythmes rapides à 16 H, et d'ondes lentes rythmiques à 6 H, tantôt droites, tantôt gauches.

Une encéphalographie gazeuse pratiquée le 3.1.1963 est normale.

Monsieur D... sort le 14.1.1963 avec un traitement associant : gardénal, dilydan, diamox. Il n'est plus délirant, le tégrétol a été arrêté, vu sa responsabilité possible dans le déclenchement de cette bouffée délirante.

En Mars 1963, reprise d'une activité délirante, alors que le traitement au tégrétol n'a pas été repris. Activité délirante qui va céder parallèlement à l'augmentation des neuroleptiques.

De Mars 1963 à Octobre 1964, persistance de 2 ou 3 malaises par semaine avec chute; il n'y a plus de vécu délirant, malgré la reprise du tégrétol. Il a repris une vie normale et a des rapports sexuels; Monsieur D... vit cependant toujours sous la coupe de sa mère qui le domine totalement.

4) Il est réadmit le 2 Octobre 1964.

pour rééquilibrer son traitement.

L'examen neurologique est normal à l'entrée.

"Au repos, rythme alpha rare, labile, irrégulier, bilatéral et symétrique de 9 H.

- tracé surchargé par des ondes lentes à 4-6 H plus ou moins réguliers bilatérales et diffuses, sans prédominance latérale marquée.

- hyperpnée et SLI ne modifient pas le tracé.

Durant son séjour, pas de crise ni d'absence, préoccupations hypocondriaques.

Quitte le service le 7.II.1964 pour retourner chez sa mère avec un traitement associant mysoline, a tégrétol, pnéhobarbitol, diamox, nozinan.

5) Réhospitalisé le IO Juillet I965 :
pour rééquilibrer le traitement.
Un EEG pratiqué est semblable à l'EEG d'Octobre I964.
Il fait trois crises durant son séjour.

Revu régulièrement de Juillet I965 à Décembre I966, il présente 5 à IO malaises, avec chute, par mois.

6) Il est réadmis dans le service le 3 Décembre I966 :
car se sent très fatigué, ne peut se relever quand il tombe.

- est apragmatique,
- se plaint de bourdonnements d'oreilles, de douleurs de l'hypocondre droit, avec constipation, nausées.

Un EEG fait le 7.12.I966 objective :
"Un tracé surchargé par des ondes lentes rythmiques de 4 à 6 H présentant une discrète prédominance temporale gauche.
Pas de modification par l'hyperpnée".

Au cours de son hospitalisation, présente quelques malaises "indéfinissables" a une "absence" devant une infirmière.

- Une encéphalographie gazeuse pratiquée en décembre I966, montre une atrophie cérébelleuse, mais il n'y a pas de syndrome cérébelleux associé.

- Un EEG pratiqué le 7.1.I967 est semblable au précédent.

Il quitte le service le 9.1.I967.

De Janvier I967 à Juin I968, suivi régulièrement, il a en moyenne deux malaises par semaine, les uns avec chute, les autres sans.

7) Il est finalement réadmis le 30.6.I968 :
- il marche difficilement, il est fatigué
- décrit ses malaises comme "indéfinissables" avec fatigue intense; de brève durée (2 minutes, dit-il).

Un EEG pratiqué le 2.7.I968 montre :
"un tracé dysarythmique - rythme de base alpha peu abondant, bilatéral, symétrique de 8 à 9 H.

Surchargé d'ondes lentes rythmiques de 4 à 6 H bilatérales de voltage moyen présentant un maximum temporal gauche. Le tracé n'est pas modifié par l'hyperpnée et la SLI.

Il quitte le service le 9.8.I968 bien équilibré; la fréquence des "absences" a fortement diminué.

Suivi ensuite d'Août I968, in continue a avoir des "absences" entraînant ou non la chute.

8) Il est finalement réadmis le 26.2.I97I

Il est noté à l'admission :

"Malade envoyé par Dr SIGWALD qui le suit à Léopold Bellan pour une comitialité ancienne.
Ne travaille plus depuis I963, est à l'invalidité. Il vit avec sa mère de 75ans.

Depuis des années, il ne sort plus car il a peur de faire des crises dans la rue.

L'élément nouveau semble être l'apparition de troubles moteurs qui remonteraient à deux ou trois mois, atteignant les MS et les MI. Il est amené en fauteuil roulant et dit qu'il ne peut plus marcher du tout. Les crises sont de fréquence moyenne (une à deux par mois, semble-t-il ?) Certaines s'accompagnent de chutes avec blessures, d'autres sont des absences "larvées". Il paraît souriant, non déprimé, et non manifestement hypocondrique ou délirant.

L'examen neurologique pratiqué le 27.2.1971 est normal : il n'y a pas de troubles moteurs ni sensitifs, pas de troubles des réflexes, pas d'atteinte des paires crâniennes, pas de signes cérébelleux (en dépit de l'atrophie cérébelleuse objectivée par l'Encéphalographie gazeuse).

Il existe par conyre une astasie, abasie spectaculaire; Monsieur D... arrivé en fauteuil, reste au lit, ne pouvant marcher seul. Cette astasie-abasie cèdera à une rééducation active.

Durant l'hospitalisation il n'a été observé ni "absence" ni crise généralisée.

Un E.E.G. est pratiqué le 5.3.1971.

qui montre :

"au repos, rythme de base alpha d'abondance moyenne légèrement irrégulier bilatéral et symétrique de 10 H.

Tracé surchargé, d'une part par des ondes lentes rythmiques irrégulières de 4 à 6 H bilatérales, diffuses.

d'autre part, par des ondes lentes rythmiques de 5 à 6 H survenant par bouffées régulières, à projection maximum temporale gauche.

Hyperpnée et SLI ne modifient pas le tracé.

En conclusion :

Tracé mettant en évidence des signes de dysrythmie cérébrale diffuse, nets. Il semble exister un foyer insulaire ou temporo-hypocampique gauche.

Résumé et conclusion

Homme de 51 ans, chez qui est apparu une comitialité à l'âge de 20 ans (1940).

Comitialité assez complexe associant :

1 - Des crises généralisées (dont certaines ont été vues en milieu hospitalier

2 - Des "absences" qui semblant être des pseudo-absences temporales, de durée brève (2 à 5 minutes) atypiques car le malade dit se souvenir de certaines de ces "absences" - Fait également un peu particulier, certaines, mais non toutes, s'accompagnent de chute, sans convulsions, avec amnésie post-critique.

3 - Des malaises "indéfinissables" qui surviennent en toute conscience.

A cette comitialité s'associent des troubles de la personnalité : immaturité affective, dépendance

- des préoccupations hypocondriaques
- des phénomènes de conversion, dont le plus voyant est l'astasie abasie spectaculaire ayant déclenché sa dernière hospitalisation.

Enfin il est à noter l'éclosion fin 1962 d'une bouffée délirante persécutive, à mécanisme hallucinatoire et interprétatif, ayant totalement disparu en quelques jours, avec une brève rechute, aisément contrôlée.

Sur le plan électrique, il est à noter qu'aucun des tracés enregistrés n'est caractéristique de la comitialité.

Tous mettent en évidence une dysrythmie diffuse, associant au rythme alpha de fond des décharges plus ou moins régulières d'ondes thêta à 4,6 cycles/sec., avec souvent prédominance des altérations en temporal gauche.

Ce type de tracé se rencontre chez les hystériques, il ne permet pas d'étayer le diagnostic de comitialité.

En bref, ce sujet, immature, hypocondriaque, présente des crises comitiales très probables : les unes typiques : crises généralisées, les autres atypiques : "absences" de quelques minutes; malaises "indéfinissables", crises associées à des manifestations hystériques de conversion, en particulier astasie-abasie. Il n'y a pas de signes électriques nets de comitialité, mais des signes fréquemment rencontrés chez les hystériques.

Cette observation, bien qu'un peu longue, nous a semblé intéressante, car il nous semble que dans ce cas, plutôt que de parler d'hystéro-épilepsie, ou de manifestations hystériques chez un épileptique, on peut avancer l'hypothèse de crises épileptiques chez un hystérique.

Il nous semble, en effet, que l'immaturité affective, l'attachement à la mère, le besoin d'être plein, aimé, assumé, la dépendance en un mot, les difficultés sexuelles, les préoccupations hypocondriaques sont assez grossièrement caractéristiques de l'hystérie, hystérie sur laquelle viennent se greffer des manifestations comitiales plus ou moins typiques. Est-ce un simple hasard; ou peut-on avancer l'hypothèse d'une graduation des symptômes, allant de l'immaturité affective aux crises comitiales généralisées, en passant par les manifestations de conversion, graduation plaidant en faveur d'une entité unique : l'hystérie-épilepsie ?

OBSERVATION 6 - Mademoiselle CHAF...
Née en I928.

Mademoiselle CHAF... est suivie dans le service depuis I96I.

Curriculum vitae

1) Elle a été hospitalisée pour la première fois dans le service en décembre I96I. Elle était venue consulter pour "des crises de type comitial" ayant débuté dès l'âge de 15 ans en même temps que s'est installé un état dépressif.

Elle a 33 ans à l'époque de sa première consultation.

- Dans ses antécédents (recueillis auprès de la malade)

- Mlle CH... est fille unique
- Sa mère est décédée de tuberculose pulmonaire quand elle avait 1 an.
- Son père est décédé quand elle avait 2 ans
- Selon la malade, accouchement normal. A l'âge de 2 ans : apparition de convulsions avec "yeux hagards" pendant quelques jours. "On pensait à une méningite".

Ce sont les seuls antécédents que nous possédions sur cette malade.

- Histoire de la maladie : évolution des troubles, tels que les décrit la malade en I96I.

- Le début des troubles se situe à 14-15 ans lors de la puberté. La malade aurait alors eu des crises ressemblant à des crises chéiro-orales situées à l'hémiface gauche. Ces crises étaient isolées et survenaient tous les jours.

Elle a "du feu dans la tête" et des brûlures au niveau de la lèvre supérieure. Jusqu'à l'âge de 20 ans, les crises surviennent de temps à autre, la malade n'ayant pas consulté de médecin, pensant qu'il s'agissait d'un tic, dit-elle.

- A partir de 20 ans, apparition d'absences qui ne durent qu'une seconde mais qui sont très fréquentes, parfois isolées, parfois associées à une crise chéiro-orale. Elles sont pré-, para-, ou post-menstruelles. Il n'existe ni chute, ni morsure de langue, ni perte d'urine, ni amnésie post-critique.

- A l'âge de 25 ans "crise de fou-rire" suivie peu après d'une crise chéiro-orale avec absence et perte d'urine, mais pas de morsure de langue, pas d'amnésie post-critique.

La malade se plaint d'être surmenée dans son travail, se dit "déséquilibrée" sur le plan sexuel, quand elle y pense, les crises surviennent, dit-elle.
En particulier lorsqu'elle est sevrée sur le plan sexuel, ou devant une personne au courant de ses ennuis.

Elle est alors traitée au gardénal (1953).

- Peu à peu, se constitue alors un "syndrome dépressif" avec crises de larmes fréquentes, idées de suicide, la malade tente de se jeter par la fenêtre. Très irritable, elle s'entend mal avec sa grand-mère.

- La malade part alors vivre à Paris. Les crises se font plus rapprochées, il y a alors une crise qui semble plus grave que les précédentes avec PC et amnésie post-critique.

- En 1958, première hospitalisation à l'hôpital Necker : un EEG est pratiqué ne montrant aucun foyer de localisation, une encéphalographie gazeuse a été faite.

A sa sortie de l'hôpital, malgré un traitement à base de gardénal, des crises se renouvellent; la malade se trouvant somnolente, suit mal son traitement.

- Depuis 1960 (l'interrogatoire a été fait en 1961, rappelons-le), les crises surviennent surtout le soir, s'accompagnent de morsures de langue et de perte

d'urine. La malade s'en aperçoit le matin au réveil. Les crises sont moins nombreuses pendant la journée.

- En Avril I96I, hospitalisation à la Salpétrière pour fracture des os du nez, avec ecchymoses survenues à l'occasion d'une crise nocturne avec chute sur la table de nuit. EEG et radio du crâne auraient été normales.

- En Août I96I, crise avec chute dans un magasin, d'où hospitalisation à la Salpétrière; il y aurait eu PC, morsure de langue et amnésie post-critique.

- Le IO Octobre I96I, chute au cours de son travail, hospitalisation à Necker en sort le 13.11.I96I.

- Nouvelles crises d'où réhospitalisée à Tenon, d'où elle sort en décembre.

2) Elle est alors dirigée sur le service du Dr SIGWALD par une de ses amies et admise le 12.12.I96I. A l'époque de cette admission, elle prend Ortenal n° 1, Mysoline n° 3. L'examen neurologique est normal à l'entrée.

La malade va rester 3 semaines dans le service.

Sont notées dans l'observation :
- le 18.12.6I : une absence ?
- le 19.12.6I : une "crise" le matin
- le 20.12.6I : insomnie, crise de larmes; palpitations
- le 26.12.6I : palpitations, céphalées.

Examens complémentaires pratiqués durant l'hospitalisation :

FO : RAS

Trois EEG ont été pratiqués.

EEG : - Le 15.12.6I : tracé présentant des signes indiscutables de dysrythmie cérébrale diffuse sans localisation.

- Le 28.12.61 : tracé mettant en évidence des signes indiscutables et bilatéraux de dysrythmie cérébrale diffuse.

- Le 17.1.62 : tracé sensiblement superposable au précédent mettant en évidence des signes de dysrythmie cérébrale diffuse : mais une crise clinique a été enregistrée sans modifications de l'électrogénèse.

Mademoiselle CHAF... quitte le service le 1.11.62.

Voici la conclusion de sortie : "aucun élément de ceux recueillis dans le service (clinique et EEG) ni de ceux parvenant des divers services où elle a été traitée, ne permet d'affirmer une comitialité. L'hystérie est certaine : s'agit-il d'une forme hybride ? "

3) Après trois années de silence, réadmission dans le service le 12.4.65.

- A son entrée elle explique qu'elle a été suivie durant ces trois années dans un service de Neuro-chirurgie où l'on aurait voulu l'opérer d'un"kyste temporal droit" dit-elle.

- Elle continue à avoir ses "crises" qu'elle décrit ainsi : "elles sont précédées d'un court-circuit dans le cerveau et d'une déviation de la commissure labiale gauche, avec crispation des membres supérieurs et membres inférieurs; elles sont déclanchées par les rapports sexuels, par les contrariétés, mais ne se produisent que dans les endroits protégés : chez elle, sur son lit, à son travail.

"Ces crises" sont richement décrites, elles s'accompagnent de palpitations de feu dans la gorge, de sensation de brûlure de la face.

Mlle CHAF... précise que lors des interruptions de traitement, il y a eu des crises généralisées avec chute, l'une d'elles ayant entraîné une fracture du nez.

L'examen neurologique à l'entrée est normal :

- Durant ce séjour, il est mentionné dans l'observation une "crise" où la malade dit avoir perdu connaissance, mais elle n'est pas tombée de sa chaise.

Les renseignements obtenus à la Salpétrière où elle a été hospitalisée en 1964 sont les suivants (copie de la lettre du médecin-chef du service) : "malade adressée en neuro-chirurgie pour une intervention chirurgicale (résection du foyer épileptique temporal antérieur droit, plutôt qu'une psycho-chirurgie).

"Il s'agissait d'une intrication épilepsie-hystérie.

L'intervention a été refusée par la malade et son entourage et elle est sortie avec un traitement anti-épileptique comportant : Elisal, Solantyl, Orténal et Librium. D'après le dossier, il semble que le traitement ne soit pas régulièrement suivi".

La malade quitte le service avec une ordonnance de Tégrétol + Gardénal; elle reste méfiante, hostile, craignant une intervention neuro-chirurgicale.

La conclusion de sortie de ce séjour est la suivante :

Association de troubles névropathiques importantes et de manifestations comitiales probables seulement. Avait été suivie récemment dans un service de neuro-chirurgie où une intervention sur un foyer temporal antérieur droit avait été envisagée, ce qui a apporté de l'eau au mécanisme interprétatif de la malade, persuadée d'avoir une tumeur. "On rappelle que dans le service, aucun foyer électrique n'a jamais été enregistré, pas plus en 62 qu'en 65".

3) Revue en consultation le 2.10.65 :

- La nuit, morsure de la langue, une crise par mois environ, après les règles, s'énerve facilement. Quelques ennuis familiaux. Pleure au cours de l'examen. Se montre agressive.

Traitement : Orténal n° 1 ; Tégrétol n° 2.

- Un EEG est pratiqué (EEG le 9.12.65) : "rythme de base alpha labile, irrégulier, de IO H surchargé par de rares ondes lentes rythmiques de 6 H bilatéra-

rales et diffuses. Il n'a été noté aucune anomalie en foyer ni aucun élément paroxystique.

L'hyperpnée ne modifie pas le tracé.
Conclusion : Tracé dans les limites de la normale".

5) La malade est suivie d'Octobre 65 à Août 69 en consultation, elle a un traitement à base d'Orténal et de Tégrétol.

Elle fait mention à chaque consultation (tous les deux mois environ) de quelques malaises; elle dit se mordre de temps à autre la langue, les malaises sont essentiellement péri-menstruels, elle se plaint de troubles digestifs, elle a quelques problèmes dans son travail (relations avec ses collègues).

6) Mlle CHAF... va être cependant réhospitalisée dans le service le 7.8.69 pour un état dépressif modéré avec idées revendicatives concernant son travail.

Elle va rester hospitalisée près d'un mois.

Conclusions de sortie, le 2.9.69 :
"- sur le plan de sa comitialité, pas de crise durant le séjour, les manifestations de type hystérique ont disparu avec les entretiens, un traitement sédatif et anti-dépresseur à fait tomber les manifestations anxieuses et phobiques (cancérophobie en particulier)".

Il ne semble pas qu'il ait été fait d'EEG durant cette hospitalisation.

7) Réadmise dans le service (quelques jours après sa reprise de travail) le 15.11.69, car elle présente : angoisses, palpitations, doutes
insomnies
idées de suicide (elle veut se jeter dans la Seine).

Elle va se présenter comme très revendicatrice durant ce séjour, se plaignant de tout; elle fera durant son séjour, une grande crise anxieuse, avec tachycardie, impression de mort imminente, besoin de remuer sans cesse.

Conclusion de vérité, le 7.7.69 :

"- rue de Lyon de confidentialité, pour y créer durant la dernière, les manifestes

On s'apercevra au bout de six semaines d'hospitalisation qu'elle ne prend pas une grande partie du traitement prescrit en vue d'alléger l'anxiété et l'agressivité.

Elle quitte le service le 27.1.71 (durée du séjour un peu plus de deux mois).

Conclusion de sortie :

"Comitialité qui remonterait à l'âge de 15 ans, nombreuses hospitalisations pour cette comitialité qui n'a jamais été formellement prouvée.

Traitement poursuivi de façon intermittente

Hystérie

Troubles caractériels

Anxiété : a fait plusieurs crises anxieuses durant ses hospitalisations.

Il n'a pas été pratiqué d'EEG.

Traitement à la sortie : gardénal, 10 cg n° 1; Tégrétol n° 2, Librium n° 4, Laroxil n° 3, Nozinan 25 n° 2.

Elle est, depuis ce dernier séjour, suivie en consultation. Elle reste anxieuse mais moins agressive. Elle a repris son travail.

Résumé et conclusion

Cette observation n'est pas très convaincante. Si nous l'avons gardée, c'est que Mlle CHAF... a toujours posé aux observateurs un difficile problème diagnostic.

Elle a 33 ans lorsqu'elle consulte pour la première fois le service. Elle décrit ce que l'on peut considérer comme des crises chéiro-orales, remontant à l'âge de 15 ans.

Suivie durant 8 ans dans le service, aucun des EEG pratiqués dans le service n'a apporté d'arguments en faveur d'une comitialité : tous ont montré un rythme de base alpha surchargé d'ondes lentes thêta.

Les malaises décrits par la malade, ceux observés dans les diverses hospitalisations n'ont rien de très caractéristiques : il semble cependant que l'on puisse distinguer parmi les descriptions faites par la malade :

- des crises chéiro-orales

- des manifestations neuro-végétatives (palpitations) sensations de chaleur du visage

- des crises généralisées avec chute ayant motivé certaines hospitalisations, mais n'ayant jamais été observées par nous.

- des manifestations émotionnelles : crises d'anxiété, crises de larmes.

- des épisodes dépressifs avec idées de suicide, ayant conduit une fois à une tentative d'autolyse.

Il faut insister sur le fait que la lettre émanant du service de Neuro-chirurgie où Mlle CHAF... a été hospitalisée en 1964 fait mention d'un "foyer temporal antérieur droit". Ce qui est un argument de poids en faveur de la comitialité.

On peut donc considérer que cette malade associe :
- des manifestations comitiales polymorphes :
  crises généralisées
  crises chéiro-orales, cependant jamais constatées au cours de ses hospitalisations dans le service

- des manifestations "fonctionnelles" et caractérielles; qu'il paraît hasardeux de rattacher plutôt à l'épilepsie qu'à l'hystérie.

C'est en ce sens que l'on peut parler d'hystéro-épilepsie, plutôt que de troubles caractériels chez une épileptique.

Mais l'imprécision de l'observation - imprécision dûe en partie au flou des différents interrogatoires, flou qui est en lui-même un trait qye l'on retrouve fréquemment dans l'interrogatoire des hystériques - ne permet absolument pas de conclure.

Si nous avons présenté cette observation qui bien que longue, est incomplète, c'est qu'elle montre qu'une fois l'étiquette de comitialité posée - au besoin par la malade elle-même - celle-ci est arrivée à 33 ans en consultation en disant qu'elle était comitiale depuis l'âge de 15 ans - il est bien difficile de revenir la-dessus, même si les EEG, si l'observation clinique n'emporte pas la conviction.

GROUPE 3

Ce groupe est constitué d'observations où les manifestations névropathiques dominent le tableau. Chacune pose d'une manière différente le problème d'une comitialité possible, celle-ci étant très probable dans la première observation, beaucoup moins certaine dans les deux autres.

OBSERVATION 7 - Mademoiselle GIR... Geneviève
née le 15.10.1948.

Mlle GIR... a fait deux séjours dans le service.

Elle a été admise pour la première fois en novembre 1969 à la suite d'une "crise" qu'elle a eue à son travail (elle est secrétaire).

Cette crise s'est manifestée par une perte de connaissance avec chute, mais sans morsure de langue ni incontinence d'urine. Elle se débatait au sol et criait, elle s'est cependant blessée à la tête.

Cette crise a été motivée, dit-elle, par le fait qu'elle est arrivée au bureau en retard, alors que son chef ne lui a fait aucune remarque.

Curriculum vitae

- Mlle GIR... est née à la campagne.

Elle est la sixième d'une famille de huit enfants, comprenant quatre garçons et quatre filles. Elle est la troisième fille.

Les parents s'entendent très bien, dit-elle, mais elle se plaint que son père soit souvent en déplacement, pour motifs professionnels, de sorte qu'elle ne le voit pas souvent. Elle est constamment en querelle avec sa mère et certains de ses frères et soeurs. Depuis six ans; la malade se plaint de ses "nerfs" et à la suite d'une querelle avec le frère aîné (elle l'a menacé d'une bouteille) elle a suivi un traitement médicamenteux sédatif.

Il y a un certain temps, elle a repussé un amoureux après un an de liaison; parce qu'elle lui reprochait de lui avoir fait des avances trop osées.

- Mlle G... a terminé ses études de secrétaire, il y a un an; elle est ensuite restée sans travail à la maison durant neuf mois, ce qui la rend encore plus nerveuse, jusqu'à "balancer la table de la salle-à-manger".

Puis, en Mai 1969, "elle commence une saison dans l'hôtellerie" : elle a beaucoup de travail, est surmenée et c'est à ce moment qu'elle fait ses "crises" elle en a plusieurs par mois et ses crises se manifestent toujours de la même façon, à savoir :

- perte de connaissance (?)
- chute
- se débat, pousse des cris
- sans morsure de langue ni incontinence d'urine.

Entre ses crises, elle dit avoir eu des idées noires, mais elle n'a jamais tenté de se suicider.

Elle termine donc sa "saison dans l'hôtellerie" et après un mois de repos, elle reprend un nouveau travail, à Paris cette fois. Elle y est depuis trois jours lorsqu'une nouvelle crise à son lieu de travail entraîne son hospitalisation dans le service.

Le 13.11.69 : il est noté :

" Va beaucoup mieux, accueillante et souriante. Elle cherche à plaisanter, demande déjà sa date de sortie.

Par contre, se plaint d'une douleur intermittente dans la région occipitale (point de choc, lors de sa chute avant son entrée). Il est demandé un Electro-encéphalogramme".

L'examen clinique systématique : RAS

L'examen neurologique : RAS

L'EEG est pratiqué le 21.11.69 :

"Au repos, le rythme de base alpha est abondant, régulier, bilatéral et symétrique de IO H.

L'hyperpnée ne modifie pas le tracé.

Le SLI fait apparaître des clonies cliniques accompagnées par des bouffées de

on, il manque :

- perte de connaissances (?)
- chute

- sans nouvelle de longues et inconfortables d'urgence.

[illegible] ses ordres, elle fit avec [illegible] Libre Volonté, [illegible] n'a jamais
[illegible] le médicament.

[illegible] tête tournée vers [illegible] - [illegible]
[illegible] le regard un moment 'normal', l'écoula contre lui. Puis y eut quelque temps [illegible]
[illegible] mouvement mimo à son lien le [illegible] enfermé non longtemps dans

[illegible] : il est mort :

[illegible] de choc, lors de ce [illegible] [illegible]. Il est [illegible] [illegible]

[illegible]

[illegible]

[

pointes et poly-pointes-ondes bilatérales symétriques, synchrones.

Conclusion : tracé suspect de comitialité. Signes d'activité à la stimulation lumineuse intermittente, insuffisants pour affirmer à eux seuls cette hypothèse.

L'interrogatoire est alors repris :

La malade fait une distinction entre les "crises" apparues à l'âge de 15 ans et les plus récentes avec perte de connaissance :

- Les premières étaient essentiellement caractérielles, elle se retirait et ne voulait voir personne de sa famille, cassait les objets, elle cherchait à se retenir mais ne pouvait pas;

- Les dernières crises, elles (dont le début remonte à Août 1969, date du départ loin de sa famille) sont décrites comme un "malaise": elle entend les conversations autour d'elle, mais de façon floue, lointaine, puis "perd connaissance". Elle se souvient qu'ensuite elle respire très violemment et perçoit des fourmillements des mains.

Devant une telle symptomatologie, il est difficile de conclure; on se trouve par ailleurs devant une personnalité impulsive, avec troubles du comportement de type caractériel, rejetant en partie le milieu familial, ne supportant en aucun cas remarques ou réflexions.

- Sur le plan des tests psychologiques :

1) Tests de niveau : Mlle G... obtient 87 au Benoit-Pichot (il n'a pas été effectué de tests explorant le côté performance).

2) Un Rorschach confirme les faibles possibilités intellectuelles, indique une inhibition importante de l'affectivité;

des réponses "anatomiques" peuvent être liées à des préoccupations sur la santé physique;

par ailleurs, un refus non levé à l'enquête, à la planche VII, indique sans doute la perturbation au niveau de la relation mère-enfant.

En conclusion, les tests pratiqués indiquent un niveau intellectuel médiocre et une inhibition de l'affectivité avec des éléments névrotiques. Il n'est pas fait mention de signes en faveur d'une personnalité épileptoïde.

- Un électro-myogramme est pratiqué : il ne met pas en évidence de signes de tétanie électrique.

Sur le plan thymique, l'état de la malade s'est rapidement amélioré, elle est détendue et souriante.

Sa sortie est décidée avec un traitement à base : Trauxène 10 (2 cg par jour) un Nozinan 25, un Gardénal 5 cg.

Sortie le 2.12.70 : il est noté en conclusion :

"L'apparition de signes suspects de comitialité à l'EEG peuvent faire tenter de rattacher les troubles caractériels et les malaises à cette étiologie.

Cela permet de mieux comprendre les épisodes récents et la situation particulière de cette fille par rapport à sa famille.

Un traitement d'épreuve doit être tenté.

La malade doit reprendre son travail le plus vite possible, elle sera suivie à la consultation. Un EEG de contrôle sera demandé."

Revue en consultation le 23.12.69 :

- A changé de travail : du fait de céphalées, ne pouvait plus supporter les chiffres.

Elle est actuellement dactylo, mais le métier ne lui plaît pas : trop fatigant dit-elle.

- Un EEG de contrôle est demandé.

Traitement d'entretien : Valium n° 5 5, Gardénal 5 cg n° 1, Nozinan 25 n° 1, le soir.

Un nouvel EEG est pratiqué le 30.12.69

A la fin de l'enregistrement perte de connaissance. Il a été noté par un

par un médecin qui a assisté à l'enregistrement et à la PC qui a suivi :

"Mlle G... qui déclare ne pas aller bien depuis quelques temps, n'aurait pas fait de malaises ces temps-ci.

Elle redoutait l'EEG de contrôle. A la fin de l'enregistrement de ce tracé, alors que la SLI avait provoqué des éléments pointus et que le tracé s'était régularisé, c'est en se relevant du fauteuil que Mlle G... fait une perte de connaissance d'allure atonique sans aucun mouvement convulsif. Après un gardénal sodique, le réveil est assez hystériforme : elle secoue la tête, déclare : "laissez-moi tranquille", mais elle est légèrement obnubilée et se palint de la tête. Une hospitalisation est souhaitable."

La malade est hospitalisée le jour même (30.12.69).

Compte-rendu de l'EEG du 30.12.69 :

"Au repos, et l'hyperpnée, le rythme alpha est d'abondance moyenne, légèrement irrégulier, bilatéral etv symétrique. Figure de IO H. La SLI fait apparaître quelques éléments paroxystiques à type de pointes et poly-pointes ondes, bilatéraux, symétriques et synchrones.

En conclusion : tracé mettant toujours en évidence des signes paroxystiques à la SLI en faveur d'une comitialité.

Au début de l'hospitalisation, la malade se montre agressive vis-à-vis des médecins qui ont tenu à l'hospitaliser, qui ont fait un EEG de contrôle dont elle avait peur, etc...

- A la suite d'un entretien (7.I.70) où elle a eu une certaine décharge émotionnelle (elle dit qu'elle a connu un garçon à La Rochelle, qu'elle a couché avec lui, parce qu'elle "est faible") et que depuis qu'il est à Paris, elle ne lui a jamais répondu.

En revenant de l'entretien ; chute, sans perte de connaissance,
ni perte d'urine,
se débat quand on la touche,
pleure.

Nouvelles crises le 12.1.70 : et le 13.1.70 : accès de suffocation. Puis la malade s'agite, secouant la tête, les yeux obstinément fermés, pleurant et se plaignant (dit qu'elle n'est plus soignée, se demande s'il faut encore croire à la médecine, etc...).

Ces "crises" semblent en rapport avec la visite des parents venus pour le week-end à Paris. Visite au cours de laquelle ils lui auraient annoncé leur intention de la reprendre chez eux. La malade explique que, depuis le mois d'Août, elle fait des syncopes, toujours le soir, quand elle est seule, le plus souvent dans son lit.

Le 16.1.70 : la malade est très agressive vis-à-vis des médecins, menace de se suicider, mise sous perfusions de Valium et traitement au Nozinan 400 mg par jour.

Sous l'effet du traitement, amélioration nette du comportement : disparition de l'anxiété et de l'agressivité, la malade est gaie.

La sortie a lieu le 4.2.70 :

avec traitement associant Gardénal, Valium, Nozinan.

Résumé et conclusion

Il s'agit donc d'une jeune fille de 21 ans, d'un niveau intellectuel légèrement inférieur à la normale, qui présente depuis l'âge de 15 ans des "crises" q qu'elle décrit comme des colères violentes, impulsives, avec bris d'objets.

Depuis six mois, sont apparues des malaises, avec selon la malade, perte de connaissance, chute, suivie d'un état d'agitation.

- Cette jeune fille a été hospitalisée à deux reprises dans le service; au cours des hospitalisations il a été observé ;

- une perte de connaissance "d'allure atonique" sans convulsions, survenue juste après un enregistrement EEG, avec agitation au réveil.

- une chute sans perte de connaissance, avec cris, agitation, pleurs, épisode survenu à la suite d'un entretien portant syr sa vie amoureuse antérieure;

entretien vécu avec une forte charge affective.

Le premier de ces deux épisodes peut être considéré éventuellement comme une crise comitiale amyotonique, le deuxième a toutes les caractéristiques de la "crise de nerfs" et appartient au registre hystérique.

- Sur le plan électrique :

Nous sommes en possession de deux EEG, pratiqués à un mois d'intervalle. L'un comme l'autre montrent au repos un rythme de base alpha, d'abondance moyenne, légèrement irrégulier, bilatéral et symétrique. Le fait intéressant est l'apparition à la SLI sur les deux tracés, de bouffées de pointes et de poly-pointes ondes, bilatérales, symétriques et synchrones.

L'apparition de ces pointes-ondes et poly-pointes ondes est certes en faveur de la comitialité, mais se rencontre également chez les hystériques comme l'ont montré DONGIER, DONGIER et GASTAUT.

L'examen psychologique, et en particulier le test de Rorschach montrent une inhibition de l'affectivité avec des éléments ,évrotiques. Il n'est pas fait mention dans le compte rendu du Rorschach, d'éléments en faveur d'une épilepsie.

En conclusion : chez cette jeune fille impulsive, en conflit avec ses parents, la clinique est en faveur de crises névropathiques hystériques. Cependant la perte brutale de connaissance, après un enregistrement EEG, l'existence de clonies à la SLI avec bouffées de pointes-ondes laissent planer un doute quant à la possibilité d'une comitialité.

Cette jeune fille n'ayant pas été revue, il est difficile de conclure du fait du manque de recul; en particulier de nouveaux EEG, l'efficacité éventuelle d'un traitement au gardénal, la modification de la symptomatologie pourraient aider à trancher entre hystérie et épilepsie, au contraire renforcer notre opinion première, à savoir qu'il s'agissait d'une forme mixte, hystéro-épileptique.

OBSERVATION 8 - Madame GAR... Irène
Née le 23.12.1947
à Paris XIIIè

Madame GAR... a été hospitalisée dans le service du 18.11.1969 au 12.12.1969.

Mme G..., 23 ans, est serveuse de restaurant.

Curriculum vitae

Elle est l'aînée de dix enfants
Le père est alcoolique
Sa mère est internée à l'Hôpital Psychiatrique de Maison-Blanche
Elle va à l'école jusqu'à 14 ans, à cet âge, elle aurait été violée par un oncle, d'où grossesse menée à terme (l'enfant est actuellement âgé de 7 ans).

Mme G... se met alors à travailler : apprentissage puis divers emplois (papetterie, matériel électrique, puis hôtesse de bar) elle est actuellement serveuse de restaurant.
Elle se manie et a deux filles âgées actuellement de 4 et 3 ans.

Mme G... est en ce moment en instance de divorce, sur sa demande (car son mari la trompait).

- Elle dit avoir des crises comitiales depuis la naissance de son premier enfant, alors qu'elle avait I5 ans; crises d'épilepsie généralisées, dit-elle; elle n'aurait jamais pris de traitement.

- Elle est admise dans un service de médecine à la suite d'une "crise"

survenue sur son lieu de travail. Dans ce service, elle fait devant l'interne; une crise "hystériforme", bizarre, avec efforts pour se mordre la langue" selon les mots de l'interne.

Cette jeune femme prétend aussi avoir fait plusieurs phlébites. Elle se plaint de la jambe droite et a été mise dans le doute à un traitement anticoagulant.

Elle est passée pour bilan dans le service de Neuro-chirurgie le 18.11.1969

1) Plusieurs crises seront observées :

a) "Une crise" en présence d'une infirmière : se met en opistothonos, geste d'étranglement, avec émission d'urines et perte de consicence (?)

b) Une seconde "crise" plusieurs jours plus tard, à la suite du refus de l'externe de lui donner immédiatement un calmant : "opistothonos, puis se roule dans son lit, nuque rejetée en arrière, membres en extension, perte d'urine initiale : un peu de salive au coin des lèvres.

- pas de morsure de langue, pas de révulsion des globes oculaires,
- durée non précisée
- à la fin de la crise : ROT normaux
  CP en flexion.

En résumé, cette crise n'apparaît pas typiquement comitiale.

2) La malade apparaît dans le service comme agressive, revandicatrice.

3) Sont pratiqués :

a) Un EEG (11.12.1969) : "au repos, le rythme de base alpha est d'abondance moyenne, légèrement irrégulier, bilatéral et symétrique de IO H.

Il n'a été noté ni anomalie localisée, ni élément paroxystique.

1) Plusieurs cellules seront observées :

L'externe de 1st donner immédiatement un ordinat : "Qu'est-ce, pulo
se roulo dans son lit", trois rejoints en arrière, mettent un ant-action,
porte d'urine initiale : un peu de relâche en cette lieue.

- une 1e remise de [illegible]
- durée non produite
- à la fin de la crise : [illegible] nouveau

Il n'a été rendu aucune [illegible]

b) Un bilan psychologique :

- au test de Wescheler-Bellevue

niveau normal : QI_v 87 QI_G 94
QI 102

- Un test de Rorschach :

Rorschach assez pauvre. Les réponses sont peu nombreuses et essentiellement formelles, de bonne qualité... mais le plus souvent banales.

Le type de résonance intime est coarctatif (ce qui se rencontre dans les Rorchach d'épileptique mais aussi chez les hystériques.

L'affectivité semble inhibée. Les réponses aux planches IV et VII indiquent une perturbation ancienne de la relation avec les parents.

On note aussi des signes d'une agressicité refoulée et des éléments dépressifs. A l'enquête, Mme GAR... raconte son "horreur" pour certains animaux.

En conclusion : problèmes d'ordre névrotique, avec une immaturité affective et inhibition de l'affectivité.

Mme G... quitte brutalement le service en "signant sa pancarte".

Résumé et conclusion

Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, hospitalisée à la suite d'une crise survenue dans son travail.

Elle dit présenter des crises comitiales depuis l'âge de 15 ans.

Elle a présenté durant son hospitalisation deux "crises" hystériformes, avec opistothonos, membres en extension, pertes d'urine initiale, pas de morsure de langue, sans perte de conscience. Ces deux crises sont apparues manifestement névropathiques à l'observateur.

Par ailleurs l'Electro-encéphalogramme effectué dans le service n'a mis en évidence aucune anomalie.

Le Rorschach enfin n'apporte pas d'élément en faveur de l'épilepsie.

Si nous avons retenu cette observation, c'est que la malade se présentant comme une comitiale, il est difficile de rejeter ce diagnostic après trois semaines d'observation, même si les crises observées sont apparues comme hystériques, même si l'EEG est normal, ce qui se rencontre chez les épileptiques. On ne peut en effet rejeter les affirmations d'un sujet qui se présente comme une comitiale, car même si cela n'est pas manifeste à un moment donné, cela n'exclut pas forcément la réalité de l'affection (notre observation n° 1, cas ESM... nous l'a bien montré).

Aussi avons-nous avancé pour cette malade l'hypothèse d'une hystéro-épilepsie bien que notre observation - très limitée dans le temps - prêche en faveur de l'hystérie; tout au plus pourrait-on parler, devant les faits rapportés, d'hystéro-épilepsie au sens de Charcot.

OBSERVATION 9 - Mr NI... Gérard
Né le 17 Janvier I947.

Connu du service depuis Décembre I966.

Nous de possédons pas de renseignements ni sur la grossesse, et l'accouchement, ni sur le développement spychomoteur de la petite enfance et de l'enfance.

1) Le 14 Novembre I966, épisode princeps : chute d'une vitre de type "cathédrale" sur la tête : trauma crânien, sans perte de connaissance.

A la suite de ce traumatisme, apparition de céphalées permanentes, pulsatiles; non exagérées par l'effort, siégeant au niveau du traumatisme.

S'y associent dix jours après des vertiges rotatoires avec voile devant l'oeil droit.

L'examen note : outre une douleur au niveau du traumatisme :

une diminution globale de la force motrice;
une hypoesthésie du mollet gauche;
une amputation bitemporale du champ visuel;
quelques secousses nystagmiformes dans le regard vers la droite.

Monsieur M... est hospitalisé dans le service, le 8 Décembre I966.

Le fond d'oeil est normal à l'entrée, il est noté une myopie.

Le 10.12.I966 : Monsieur M... a des nausées; se levant pour aller aux toilettes, il est alors pris d'un vertige rotatoire, avec chute, sans perte de connaissance; il vomit.

Le 12.12.1966 : nouveau vomissement; il persiste des céphalées avec insomnie, vertiges rotatoires horaires, pas de signes méningés à l'examen.

Le 13.12.1966 : est pratiqué un électro-encéphalogramme qui conclut : "tracé mettant en évidence des signes nets de dysrythmie cérébrale diffuse permettant d'affirmer l'organicité du syndrome présenté par le malade";

Le 17.12.1966 : disparition des vertiges et vomissements; persistance des céphalées.

Le 20.12.1966 : nouvelle crise vertigineuse; la ponction lombaire, pratiquée après fond d'oeil, est normale.

Le 22.12.1966 : Un nouvel électro-encéphalogramme est enregistré :
"Tracé électro-encéphalographique un peu plus altéré que le précédent, avec prédominance droite des altérations : le rythme de base alpha est bilatéral et symétrique, de 10 H, surchargé fréquemment par des ondes lentes, rythmiques de 4 à 6 H, bilatérales et diffuses, sans prédominance focalisée.

En conclusion : tracé sensiblement semblable aux précédents mettant en évidence des signes nets de dysrythmie cérébrale diffuse sans anomalies en foyer".

Devant la persistance des vomissements et des vertiges, on décide le transfert de Monsieur M... en Neurochirurgie pour explorations neuro-radiologiques.

Après un séjour de 15 jours en Neuro-chirurgie, il en reviendra avec l'avis suivant : "pas de tumeur expansive, pas de troubles en rapport avec le traumatisme, mais importante majoration fonctionnelle; reste l'hypothèse d'une sclérose en plaques..."

Il est noté le 14.1.1967 : depuis 48 heures, sont observées des chutes par dérobement de la jambe droite, à la descente du lit, la jambe cède et Monsieur M... tombe.

A l'examen on note un Barré et un Mingazzini, mais réflexes ostéo-tendineux symétriques, cutané-plantaires en flexion. Il existe cependant un nystagmus hori-

Le 20.12.1960 : nouvelle notre vertigineuse, le premier janvier, prochain

zontal, une déviation des index vers la gauche.

Il n'y a pas de signes méningés, pas d'atteinte des paires crâniennes Une encéphalographie gazeuse est alors pratiquée : elle ne montre pas d'image pathologique (3 Avril I967).

Monsieur M... quitte le service le 8.4.I967 : il persiste à l'examen un discret déficit droit (chute de la main droite et de la jambe droite à la manoeuvre de Mingazzini.)

Il est décidé d'établir un rapport de causalité entre les troubles présentés et le traumatisme du 12.11.I966 (certificat établi dans ce sens).

2) Deuxième hospitalisation le 8 Janvier I968 :

Apparition brutale le 8 Janvier I968, à 13 heures, de vertiges; sensation de rotation des objets de gauche à droite; il continue néanmoins son travail.

A 14 heures : vomissements avec nausées;

A 14 h 30 : recrudescence des vertiges; perte de connaissance brutale, de courte durée (quelques minutes); pas de convulsions signalées; à son réveil, ne peut parler; ne peut remuer son côté gauche (à noter que Monsieur M... est droitier).

Monsieur N... est alors admis dans le service : les troubles ont partiellement régressé; Monsieur N. parle normalement; il persiste cependant un déficit moteur gauche prédominant aux extrémités; mais les cutanés plantaires sont en flexion; le reste de l'examen neurologique est normal.

Le 9.1.68 : l'examen neurologique note :

- un déficit moteur gauche touchant les membres supérieurs et inférieurs, prédominant aux extrémités;
- la marche est difficile, avec tendance à la chute vers la gauche; le tonus est normal;
- les réflexes ostéo-tendineux sont normaux et symétriques; de même que les réflexes cutanés abdominaux, les réflexes cutanés plantaires sont en flexion.
- une hypo-anesthésie au tact aux deux membres inférieurs : le gauche en entier, le droit à partir du genou.
- Nystagmus bilatéral.

Le 10.1.68 et les jours suivants : vont persister déficit moteur gauche, hypo-esthésie des deux membres inférieurs; associés à des vertiges, céphalées et vomissements. Le fond d'oeil est normal.

Le 15.1.68 à 19 heures : perte de connaissance très brève; suivie de vomissements, vertiges, céphalées postérieures. Parallèlement s'installe une fièvre qui va durer cinq jours. Les examens complémentaires sont négatifs. Monsieur N... est à nouveau transféré en Neuro-chirurgie pour explorations. Celles-ci s'avèrent négatives et le malade est renvoyé dans le service avec une lettre du Professeur MAZARS qui dit :

"Monsieur N... pose de difficiles problèmes diagnostics : tout d'abord la symptomatologie du malade a évolué très rapidement pendant son séjour, et si nous n'avions pas eu votre observation, nous aurions été enclins à mettre en doute l'organicité des symptômes : en effet, hypo-esthésie en chaussette bilatérale, à tous les modes, nystagmus très capricieux et plus pendulaire que vraiment clonique; déficit moteur hémiplégique gauche contrastant avec une marche pratiquement normale.

Artériographie carotidienne droite et ventriculographie se sont révélées normales.

L'examen ophtalmologique a montré un champ visuel rétréci concentriquement, ce qui est toujours suspect...".

Le malade quitte le service le 15.2.1968.

Revu à plusieurs reprises en consultation; deux électro-encéphalogrammes ont été pratiqués :

- Le 16.5.1966 :"le tracé est caractérisé par un rythme alpha d'abondance moyenne, de 8 à 9 H bilatérales et symétriques; surchargé par des ondes lentes rythmiques de 4 à 6 H bilatérales diffuses, sans anomalies focalisées; l'hyperpnée et la stimulation lumineuse intermittente ne modifient pas le tracé.

En conclusion : tracé mettant en évidence des signes discrets, mais nets de dysrythmie cérébrale diffuse plus dysrythmique que le précédent.

- le même jour est pratiqué un examen psychologique :

- examen psychologique qui donne :

- sur le plan intellectuel :

- un niveau intellectuel médiocre
  QI verbal 59
  QI performance 81
  soit un QI global de 67.

Il n'y a pas de détérioration.

- sur le plan projectif :
  le Rorschach montre une affectivité labile, infantile, immature.
  Les réponses sont données; pas de signes en faveur d'une anxiété importante; pauvreté des contacts sociaux, faiblesse des images parentales.

- Le 27.7.68 : unnnouvel EEG conclut : tracé mettant en évidence des signes de dysrythmie cérébrale diffuse avec prédominance gauche des altérations...

3) En Août I968, Monsieur N... est hospitalisé à l'Hôpital de Brive (19) à la suite de "troubles convulsifs épileptiformes".

L'examen neurologique à l'entrée est normal, en dehors de quelques troubles de l'équilibre à l'occlusion des yeux; sur le plan psychique : il n'a été noté ni confusion, ni désorientation.

Un électro-encéphalogramme est pratiqué, qui montre : "une intrication de rythmes alpha et théta, auxquels s'associent quelques éléments plus pointus, à caractère imitatif sans localisations particulières.

L'hyperpnée fait apparaître des bandes d'alpha diffusant à tout le cortex la stimulation lumineuse intermittente ne modifie pas le tracé..."

Le Neurologue de l'Hôpital de Brive conclue : "Je pense que chez ce sujet débile, l'accident a induit une hystéro-comitialité".

4) Réadmis dans le service le 26.11.I970.

Venant de l'Hôpital Cochin où il a été hospitalisé à la suite d'un accident de voiture (choc par l'arrière).

Se plaint de céphalées et d'une faiblesse du membre inférieur, avec hypoesthésie du même coté.

Ne peut marcher, s'accroche aux meubles, à tendance à chuter brutalement en gardant les pieds serrés.

Au bout d'un mois d'hospitalisation il persiste encore des troubles de la marche, marche avec soutien de deux personnes; il a fait quelques crises d'agitation l'une à la suite d'un refus de permission; une autre à la suite de l'annonce du décès de son beau-frère, une troisième avec chute et vomissements, alors qu'il était appelé à témoigner au tribunal pour l'accident dont il avait été victime.

Un électro-encéphalogramme, pratiqué au début décembre 1970 montre : "un tracé désorganisé de façon diffuse. Le rythme de base alpha est surchargé constamment par des ondes lentes rythmiques de 4 à 6 H bilatérales et diffuses.

Il n'a été noté aucune anomalie, aucun élément paroxystique.

En conclusion : tracé mettant en évidence des figures nettes de dysrythmie cérébrale diffuse sans anomalies en foyer...".

Monsieur N... est actuellement toujours hospitalisé.

Résumé et conclusion :

Sujet connu du sevrice depuis 1966. Actuellement âgé de 24 ans.

A la suite d'un traumatisme crânien, apparition d'un syndrôme composé de : vertiges, céphalées, vomissements.

Electro-encéphalogramme et explorations neuro-radiologiques ne permettent pas de conclure à un diagnostic précis.

En 1968 : apparition brutale d'un syndrôme déficitaire gauche, avec nausées, vomissements.

Six semaines plus tard, hospitalisation à Brive à la suite d'une crise épileptiforme : le médecin conclut à une hystéro-comitialité post-traumatique.

Nouvelle hospitalisation en Novembre 1970, pour réapparition de troubles de la marche à la suite d'un accident de voiture. Pas de modification de l'électro-encéphalogramme par rapport au précédent. Plusieurs crises d'agitation avec chute, en cours d'hospitalisation, à la suite de contrariétés.

Pièces et annexes :

Cette observation est à la limite de notre sujet, nous l'avons cependant retenue car elle montre la difficulté, à trancher dans le cas de manifestations post-traumatiques, entre ce qui est organique (comitial ou autre) et ce qui est fonctionnel : en effet la symptomatologie associe :

- des nausées, vertiges; vomissements
- des manifestations déficitaires de type hémiplégique prédominant aux extrémités;
- des manifestations sensitives (hypo-esthésie unilatérale, anesthésie en chaussettes), un rétrécissement concentrique du champ visuel.

(Tous symptômes qui vu le contexte, la débilité du sujet, l'absence de signes d'organicité, la négativité des explorations neuroradiologiques peuvent être raisonnablement considérées comme des manifestations hystériques.)

- des crises d'agitation, déclenchées par des contrariétés, des chocs affectifs, sans perte de connaissance, sans amnésie post-critique, qui peuvent malgré tout faire discuter la comitialité. Monsieur N... n'a-t-il pas finalement été étiqueté par un service de Neuro-psychiatrie de Province : hystéro-comitialité post-traumatique".

Les enregistrements électro-encéphalographiques n'apportent que peu d'aide dans une telle observation : répétés à plusieurs mois ou années d'intervalle, ils n'ont montré à chaque fois qu'un aspect ". dysrythmique diffus". A une seule occasion, après une crise épileptiforme, le tracé a montré "quelques éléments plus pointus, à caractère irritatif sans localisation particulière".

Que conclure ?

GROUPE 4

Nous avons retenu dans ce groupe quatre observations où la comitialité ne se discute pas; mais où la présentation, le contact que nous avions eu avec ces malades nous avait fait de prime abord évoquer l'hystérie, hypothèse qui n' a pas résisté à l'examen attentif des faits et des EEG.

La première de ces observations nous a permis d'observer un sujet en état de mal électrique infra-clinique, le tableau clinique étant celui d'un état confusionnel mineur ayant duré 48 heures.

La deuxième est moins intéressante, associant à une comitialité certaine, des manifestations atypiques et un "contact" d'hystérique.

Les deux dernières sont des observations de femmes "psychopathes" l'une de 35 ans, l'autre de 17 ans, chez qui la présentation d'hystérique nous avait particulièrement frappé.

OBSERVATION 10 - Madame MAI... Antoinette
Née le 26.8.1922
Adjointe-administrative à la Préfecture de Paris.

Madame M... est connue du service depuis 1967.

Eléments biographiques :

Pas de renseignements sur son enfance. On retiendra : en 1939, intervention pour appendicite et kyste de l'ovaire; en 1942 : suspicion de goître; en 1946 : insolation avec syndrome méningé.

Elle se marie en 1941 et a plusieurs enfants, âgés actuellement de 28, 25 et 20 ans.

En 1954 : début d'une sclérose en plaques chez le mari, d'évolution lente; qui aboutira à sa mort en Octobre 1966.

1) En Janvier 1967

Madame M... fait une tentative de suicide très élaborée, prenant pendant plusieurs jours des doses de "taupicine" ("je suis une vieille taupe" dit-elle) en notant sur son carnet le jour où elle commence son "traitement-mort". Elle est hospitalisée à l'Hôtel-Dieu pour des complications viscérales de son intoxication puis transférée à Paul Brousse.

Elle est admise dans le service le 22.3.1967.

Elle est encore déprimée à son arrivée, où elle est mise à un traitement par le Toframil.

Deux électro-encéphalogrammes sont pratiqués :

1°) Le premier le 24.3.1967 :

Tracé altéré de façon importante. Le rythme alpha est d'abondance moyenne, irrégulière, surchargé par des ondes lentes rythmiques de 3 à 5 H bilatérales et diffuses, à prédominance hémisphérique gauche.

L'hyperpnée à tendance à bilatéraliser les altérations.

En conclusion : tracé mettant en évidence, sur un fond de dysrythmie cérébrale diffuse une prédominance discrète des altérations sur l'hémisphère gauche.

2°) Le deuxième, le 4.4.1967 :

Au repos, rythme alpha peu abondant, peu régulier, bilatéral et symétrique de 10 H.

On note des ondes lentes de 4 à 6 H bilatérales, diffuses.

La stimulation lumineuse intermittente est inefficace.

En conclusion : tracé dans les limites de la normale ce jour.

Madame M... quitte le service le 14.4.1967 avec un traitement ambulatoire de Tofranil.

2) Réadressée à Paul Brousse le 17.8.1967 :

pour des crises convulsives de type épileptiforme.

L'interne de garde note à l'entrée :

"Vers dix heures, crise épileptiforme de survenue brutale, sans perte des urines, ni morsure de langue.

D'après sa fille, n'a pris aucun médicament. Coma carus; encombrement respiratoire, les réflexes cutanés plantaires sont en flexion.

Au bout de 3 à 5 minutes, le coma devient vigile. Nouvelle crise au bout de 5 minutes, localisée aux membres supérieurs : clonique puis tonique avec hyperextension des membres supérieurs; cyanose modérée, trismus, mydriase, se calme progressivement.

1°) Le premier le 24.3.1907 :

Grand bâtard de Hugon important. Le mulâtre dit l'idéalisme universel, [illegible] [illegible]

[illegible]

Un compliment : grand mouvement en dedans, mon ami [illegible]

2°) Le deuxième, le 4.4.1907 :

Un nègre, prêtre clabin pour alcoolisé [illegible]

[illegible]

[illegible] : lumé dans les limites de la nuance de jour.

[illegible]

Condamnée à Paul Ferrero le 17.8.1907 :
Cela crée un mutateur de type d'[illegible].

L'indemne de guerre aude à l'entrée :

[illegible], un [illegible] de jargon.

[illegible]

teinte, les relèvent orlando plantations neuf en fiction.

Un bord de 3 à 5 minutes, le corps [illegible] vigile. [illegible] [illegible]
[illegible], [illegible] aux [illegible] : [illegible] [illegible]
[illegible]

Le coma post-critique a semble-t-il duré plus de 24 heures (?)

Le 22.8.I967 est noté : "conscience tout à fait normale. Aucun souvenir de l'épisode convulsif suivi de coma".

Un électro-encéphalogramme est passé le 24.8.I967 :

"Le tracé présente toujours d'importantes altérations, le rythme de base alpha de 8 H environ est fréquemment ralenti en bouffées rythmiques de 6 H formant pratiquement le fond de tracé

Sur ce rythme, on note de nombreuses ondes lentes de 5 H, polymorphes, prédominant tantôt à droite, tantôt à gauche.

L'hyperpnée augmente nettement le taux des anomalies qui prennent une expression paroxystique sous forme d'ondes pointues de haut voltage, parfois regroupées en complexes pointes-ondes sur l'ensemble du scalp.

La SLI est sans effet.

En conclusion : tracé présentant une dysrythmie diffuse, nettement paroxystique à l'hypernée".

Madame M... quitte le service le 26.8.I967 avec un traitement au Tofranil. (ce qui à postériori est surprenant puisqu'elle avait été admise pour des crises convulsives de type épileptiforme).

Revue en consultation le 30.8.I967 : le Tofranil lui donne l'impression de "se dédoubler" on lui donne un épanal cinq le soir. Madame M... sera revue de temps à autre en consultation d'Août I967 à Mai I969, elle reste sans traitement barbiturique.

Un électro-encéphalogramme est pratiqué le 27.12.I967 :
"tracé spontané alpha de 11.12 cycles/seconde.

Sur ce rythme de fond, viennent se greffer des éléments plus lents théta-delta, prédominant généralement à droite, mais sans caractère très stable et ne définissant pas un foyer localisé hémisphérique de souffrance cérébrale.

L'hyperpnée accroît la fréquence et l'amplitude de ces anomalies.

Conclusion : signes modérés de souffrance cérébrale profonde à projection surtout droite et postérieure".

3) Le 23 Avril I970, Madame M... est réadmise en urgence dans le service.

La veille de son hospitalisation, madame M... a eu, alors qu'elle était dans un café avec sa fille, une "sorte d'absence" dit-elle, absence qu'elle décrit comme suit :

"On s'est installé, on a commandé des crêpes et une bolée de cidre, on a discuté du film, et subitement je m'en suis rendue compte parce que j'a pas pu aligner... je voulais dire quelque chose et puis... j'ai pas pu aligner les mots et dire ce que je voulais dire. Je ne sais pas ce que je voulais dire et je ne m'en suis pas souvenue. Je voyais ma fille en face qui disait ... enfin qui ne disait rien, mais qui regardait et avait l'air de se dire : mais enfin, qu'est ce qui lui arrive ? Qu'est-ce qui arrive à ma mère ?...".

Le lendemain, Madame M... va travailler, elle est ramenée de son travail chez elle, car elle n'est pas bien.

Elle fait plusieurs crises, convulsives dans la journée, avec amnésie post-critique et désorientation inter-critique. Un médecin est appelé et la fait hospitaliser.

Elle est hospitalisée dans un service de médecine.

On note 24 heures après l'épisode convulsif ayant motivé l'entrée : une raideur méningée (discrète avec fièvre.)La PL est normale.

Surtout, elle inquiète le service car elle apparaît "comme confuse, un peu désorientée""plus ou moins délirante" selon l'interne du service de médecine, "tenant des propos décousus et peu cohérents".

Un EEG est pratiqué ce jour-là qui montre : (EEG du 24.4.70) :

"Tracé caractérisé par un rythme alpha peu abondant, labile, irrégulier de cycles/seconde bilatéral et symétrique.

Tracé surchargé par des bouffées d'ondes lentes rythmiques de 4 H bilatérales diffuses sans focalisation précise.

Plusieurs crises : infra-cliniques ont été enregistrées.

Ces crises sont hypersynchrones rythmiques, rapides à localisation temporale antérieure gauche.

En conclusion : tracé mettant en évidence un foyer comitial temporal antérieur gauche. Il existe un état de mal infra-clinique".

Cinq crises enregistrées au cours de l'enregistrement.

Madame M... est vue, le 24.4.70, le même jour, par un psychiâtre du service qui note :

"- pas de syndrome dépressif,
- quelques idées de flou, mais bonne orientation;
- pas d'idées délirantes nettes, mais cependant
- parle d'un dédoublement de sa personne qui "regarde derrière elle" : pour se voir, il faudrait qu'elle se retourne" car elle est "derrière" dit-elle.

En fait, parles précieux, sentiments de troubles de la mémoire et de flou, maniérisme assez hystérique".

Madame M... est transférée dans le service, le jour même. D'emblée, on est frappé par son maniérisme, sa présentation faussement infantile, son côté séducteur. Elle sera très floue dans ses récits, ne donnant pas d'explications solides et claires au fait qu'elle ne prenne pas régulièrement son traitement anticomitial; on ne lui a jamais parlé de comitialité, dit-elle.

On aura, durant toute la durée de l'hospitalisation, l'impression de relation fausse, sur un mode ludique. A un psychiâtre qui l'examine pour une présentation de malade, elle ne parle pas de sa comitialité et donne durant tout l'entretien

du fait de sa présentation et de son contact, une "odeur" nettement hystérique.

Ne serait-ce pas la certitude de crises épileptiformes dont la description fait évoquer des crises comitiales grand mal, et surtout l'enregistrement électrique de crises infra-cliniques, il serait tentant de faire de cette femme une "hystérique" au vu d'un examen superficiel.

Madame M... est mise dans le service à un traitement anti-comitial (gardénal, orténal, tégrétol); et un examen psychologique est demandé.

- Au test de Weschler-Bellevue, Madame M... a obtenu :

QI Permorfance 123
QI Verbal 107

ce qui donne un quotient global de 116. Durant la passation du test, Madame M... a un comportement infantile et narcissique, elle présente une attention labile et fatigable rapidement avec chutes aux chiffres, échecs aux derniers problèmes.

- Au test de Rorschach : le nombre de réponses est peu élevé (R = 14) et les réponses données sont souvent accompagnées de commentaires négatifs (ex:"même pas").

Les descriptions sont nombreuses et données comme des réponses (par exemple : "c'est une tâche, ni plus, ni moins", "c'est noir, c'est triste", "il y a des trous, des couleurs").

L'affectivité est bloquée, pauvre (Le type de résonance intime est coarctatif : 1 K, 1 C).

Il n'y a qu'une seule réponse humaine (la K de la planche III). Les images parentales ne sont pas perçues. La réaction à la couleur est vive; le noir est senti comme triste, les couleurs comme agréables "c'est plus joli"; mais elles ne sont pas intégrées dans une réponse; plutôt nommées, seulement.

Le contrôle intellectuel de la perception est faible (F + = II, soit 72% des réponses).

En conclusion : on relève dans ce protocole des éléments en faveur d'une épilepsie, mais par contre, on ne retrouve pas d'indications en faveur d'une personnalité de type hystérique".

Madame M... n'aura aucune crise durant son séjour dans le service; elle gardera ce comportement faussement infantile, acceptant à grande peine la prise régulière de son traitement anti-comitial et la nécessité dans l'avenir d'une surveillance régulière.

- Un nouvel EEG est passé le 11.5.70 :

en conclusion : "tracé ne mettant en évidence ce jour que des signes nets de dysrythmie cérébrale diffuse sans anomalie paroxystique".

Madame M... quitte le service le 15.5.70 avec un traitement associant de l'orténal, du tégrétol, du gardénal.

Elle ne viendra pas aux rendez-vous fixés.

Durant l'étét I970 est pratiqué un gamma encéphalogramme à la Salpétrière qui met en évidence de discrètes anomalies de la région frontale gauche.

C'est en fonction de ce gamma-encéphalogramme qu'est décidé :

4) Sa réadmission le 15 Octobre I970 :

en vue de pratiquer une artériographie carotidienne gauche.

Elle prend régulièrement (Epanal 10 cg, Tégrétol) n'a plus de perte de connaissance.

L'examen neurologique montre une discrète hypotonie au membre supérieur droit;

a) l'artériographie carotidienne gauche (du 20.10.70) montre un léger débord de la cérébrale antérieure, auquel on ne peut guère accorder de signification du fait de son caractère isolé.

b) Le 19.10.70 : un nouvel électro-encéphalogramme montre :

"Tracé surchargé fréquemment par des ondes lentes rythmiques de 6 H bilatérales diffuses, présentant une prédominance discrète temporale gauche.

- L'hyperpnée augmente légèrement la désorganisation sans faire apparaître d'élément nouveau.

- La SLI ne modifie pas le tracé.

En conclusion : tracé mettant en évidence sur un fond de dysrythmie cérébrale diffuse, une prédominance discrète fronto-temporale gauche".

Madame M... quitte le service le 23.10.1970 avec un traitement associant : tégrétol, orténal, gardénal.

Résumé et conclusion

Femme de 48 ans, ayant une bonne insertion socio-professionnelle. Chez qui, s'est déclenchée à la suite semble-t-il d'une tentative d'autolyse par ingestion répétée de "taupicine" une comitialité à expression clinique polymorphe (crises convulsives grand mal d'une part, pseudo-absences avec automatisme temporal d'autre part) à expression électrique indiscutable.

L'intérêt de cette observation réside pour notre propos, dans le fait que, en dehors des crises convulsives, Madame M... se présente et se comporte "comme une hystérique" ("séduction du contact", flou du récit, narcissisme, comportement

L'intérêt de cette observation nous a semblé double :

- En effet, cette malade s'est présentée dans le service de médecine où elle a été hospitalisée comme une malade bizarre, présentant un certain degré de désorientation temporo-spatiale, "plus ou moins délirante". Un EEG pratiqué le jour même a mis en évidence un état de mal infra-clinique. On peut donc parler dans ce cas de "psychose épileptique". Le comportement de Madame MAIL... s'est d'ailleurs rapidement modifié et normalisé, tandis que son EEG se normalisait lui aussi.

Nous avons retenu cette observation car elle associe à une comitialité indiscutable et non discutée, une symptomatologie superficielle d'hys- que très marquée; dans son comportement pseudo-ludique, son contact séducteur son narcissisme; la manière floue et imprécise de raconter sa vie et ses divers incidents. Ceci nous permet d'insister sur l'analogie qui existe bien souvent entre la présentation générale d'une hystérique et celle d'une épileptique "temporale" certaine, comme dans ce cas. Il est à noter par contre dans cette observation que Madame M... ne présente pas de troubles du caractère de la série comitiale (impulsivité, explosivité).

Par contre, on relève dans le protocole du test de Rorschach des éléments en faveur d'une épilepsie, mais non en faveur d'une hystérie.

Sur le plan électrique, un EEG a montré un état de mal électrique temporal gauche, preuve indiscutable, si la présence de crises Grand Mal n'avait pas emporté à elles seules la conviction. Deux EEG plus tardifs, ne montrent que des tracés de dysrythmie cérébrale diffuse sans signes de la série comitiale, tracés fréquemment rencontrés chez les névropathes. C'est dire que l'on ne peut se fier à un EEG normal ou para-normal pour éliminer une comitialité.

OBSERVATION 11 - Mme DAY... Paulette,
49 ans.

Madame DAY... est admise dans le service le 22.1.1970 pour faire le bilan d'une comitialité et rechercher une éventuelle étiologie lésionnelle (TC).

Eléments biographiques et antécédents

- Mme DAY... Paulette, est née le 3 Février 1921, à Paris,
accouchement normal
fille unique.

- Son père est staffeur; sa mère la met en nourrice quand elle a six mois, chez ses grands parents, elle y restera deux ans.

- Lorsqu'elle a 15 ans, son père prend sa retraite, la famille quitte Paris. Elle entre comme pensionnaire dans une école du Lot où l'on se moque de son accent parisien (lorsqu'elle parle de cet événement elle se crispe et ne peut plus parler). Sa directrice lui conseille d'aller passer son brevet à Paris, ce qu'elle fait. Ensuite elle revient dans le Lot et rentre à l'Ecole Normale.

- Elle se marie à 27 ans, avec un instituteur de trois ans plus jeune. Ils ont trois enfants nés en 1950, 1951 et 1955.

1) L'épisode princeps se situe en 1960 : crise comitiale grand mal, survenue la nuit dans son sommeil. Elle a poussé un cri, s'est raidie, a eu des mouvements convulsifs, sans morsure de langue, sans perte d'urine. Elle s'est réveillée avec une amnésie complète de la crise.

Consultation du Professeur RISER (Toulouse) qui fait pratiquer des examens complémentaires :

- EEG : tracé modérément perturbé : signes très mineurs de comitialité non localisables
- FO : pas d'anomalies.
- Artériographie : pas d'anomalie.

Traitement : un orténal + 1 solantyl.

Madame D... N'a plus aucun malaise et le traitement est interrompu au bout de deux ans.

2) En I967 : le II mai : chute en arrière : elle est retenue par des gens qui l'entourent.

Reprise du traitement : 1 orténal + 1 solantyl.

3) En septembre I968

- le soir, en faisant la vaisselle, elle a ressenti des fourmillements dans le M.S. gauche avec manque de force (elle a même cassé une bouteille). Aucune diffusion; durée : quelques secondes.

- Elle se retourne et a alors une "crise" avec engourdissement de tout l'éhmi-corps gauche, avec tremblement de la mâchoire inférieure et morsure de la langue (la langue était bleue, mais il n'y avait pas de sang). Pas de perte d'urine, pas de perte de connaissance.

Après l'engourdissement, apparition de secousses du MS gauche

Elle a eu deux crises tout à fait identiques : une demi-heure et quelques jours après celle-ci. Mais elle aurait présenté pendant trois jours une légère gêne motrice de l'éhmi-corps gauche.

- L'examen neurologique (Professeur GREZZ-RUEFF) objective : une hémiparésie gauche légère, mais indiscutable.

- Nouveau bilan neurologique (Professeur RASCOL à Toulouse): 24.9.I968 :

Madame D... "la plus mince particule de la vêtement sert à soutenir au moins
de deux ans.

- EEG : souffrance cérébrale localisée sur la région moyenne de l'hémisphère droit (= crises infra-cliniques, région Rolando-temporale droite).

- On suspecte une néoformation intra-crânienne et une Artériographie est pratiquée : elle montre une image pouvant évoquer un méningiome de la région pariétale droite.

- Une encéphalographie gazeuse montre un certain degré de dilatation ventriculaire mais élimine l'hypothèse d'un méningiome important.

On augmente le traitement : barbiturique : 15 cg/jour
Sedantoïnal : 2 comprimés/jour.

- Le 22.5.1969 : nouvel EEG

1) "Au début de l'enregistrement on se trouve devant des activités nettement anormales puisque sur l'hémisphère droit surtout, on voit en permanence des ondes à quatre cycles/sec. de forme un peu pointue.

La suite a bien montré qu'il s'agissait d'une crise infra-clinique puisque les tracés se sont normalisés.

2) L'activité de base a donc été enregistrée ultérieurement : les tracés de faible amplitude sont pauvres en ondes alpha et sont surtout faits d'activités rapides peu synchronisées.

Aucune activité delta-polymorphe n'a été enregistrée cette fois.

3) Deux autres crises infra-cliniques ont été enregistrées. A chaque fois, on voit les activités rapides habituelles être remplacées d'abord par des ondes sub-alpha, puis ensuite des ondes thêta d'allure assez monotone.

Il est à noter que, pendant la dernière crise électrique, la patiente avait la sensation d'un fort sommeil et extérieurement paraissait sommoler".

4) Son mari est hospitalisé le 29 Août 1969, il est opéré pour la seconde fois d'une sigmoïdite.

En Novembre 1969 :

Apparition d'une difficulté de la parole.

En fait, sont apparues des crises de "claquement des dents", à n'importe quel moment, et notamment en classe. La mâchoire inférieure est animée de mouvements pendant quatre ou cinq secondes. Elle ne se mord pas la langue, mais dit que cette dernière est irritée.

Il n'y a aucun trouble de la conscience. Elle reprend sa respiration, quelquefois il y a des fourmillements de la main gauche, quelquefois de la jambe gauche.

Il semble que ces tremblements n'atteignent que le côté gauche, mais aucun mouvement de l'oeil ou de la joue. Pas de secousses du bras.

Ala suite de la première crise, Mme D...aurait ressenti une sensation d'épaississement de la mâchoire inférieure et de la langue qui la génait de façon presque permanente pour parler.

Quand on cherche à préciser : il semble bien qu'il n'existe pas de troubles de parole, en dehors des crises, sauf, dit-elle, lorsqu'elle est impressionnée.

Elle fait cinq ou six crises par jour, mais continue son travail.

- Le traitement est alors modifié : on prescrit du Dihydan.

Amélioration passagère, puis reprise des crises et d'après son mari, apparition de troubles de la marche et de l'équilibre : Mme D... ne marche pas droit, elle est tombée quatre fois.

Le 22.11.1969

Nouvel EEG (Prof. GREZES-RUEFF)

"L'activité permanente, celle des séquences les moins perturbées, est quand même assez mal organisée. Des ondes alpha sont représentées mais sont instables et se trouvent associées à des rythmes rapides d'une part, à des ondes sub-alpha d'autre part. C'est toujours au niveau de la zone fronto-temporale droite que l'instabilité (?) est la plus marquée.

Comme lors de l'examen précédent, on voit se développer au moins une crise électrique : l'instabilité fronto-temporale droite est d'abord accrue; ensuite on voit s'installer une activité théta sur la même région, ces ondes theta gagnent d'abord tout l'hémisphère droit et passent ensuite à la partie postérieure de l'hémisphère gauche.

Lacrise électrique se termine par l'inscription d'ondes lentes (delta) surtout temporales gauches, mais se projettent aussi vers la zone frontale.

Parce que les anomalies ne sont pas permanentes, cet EEG n'impose pas le diagnostic de lésion expansive. Il reste que tout le sous-cortex droit se trouve en un état très nettement défectueux et est encore à l'origine de crises profondes".

Traitement : Le Dihydan est arrêté (on pense qu'il peut jouer sur les troubles de l'équilibre). On passe à l'Epiclase puis à l'Orténal Sedantoïnal.

Les phénomènes persistent.

Madame D... est alors hospitalisée dans le service (22.1.1970)

Dans le service :

A l'entrée, on note :

- examen neurologique normal
- pas de troubles mnésiques
- pas d'éléments aphasiques, pas de troubles praxo-gnosiques
- cependant parfois blocage du débit verbal, et achoppements: le rythme de la parole, le langage spontané ne sont pas très stables : ce qui semb dû à l'émotivité et à une fatigabilité rapide.

- Le 16.2.70 : crise en présence d'une infirmière :

"La malade a pâli"

Ensuite, elle a présenté des difficultés d'élocution avec une sorte de claquement des dents s'accompagnant

d'une contraction de l'hémi-face avec attraction du même côté (c'est-à-dire vers la droite) de la bouche : mouvement de grimace.

Cette crise aurait duré cinq minutes environ.

Durant son séjour dans le service : il a été pratiqué divers examens complémentaires :

1) Un EEG (13.2.70)

"Tracé désorganisé de façon importante. Le rythme alpha est peu abondant et surchargé de façon très fréquente par des bouffées d'ondes lentes rythmiques de 3 à 6 H, de plus on note un malaise infra-clinique avec une hypo-synchronie localisée dans la région temporale postérieure droite.

En conclusion : tracé mettant en évidence des signes nets de disrythmie cérébrale diffuse à localisation temporale droite".

2) Une artériographie carotidienne droite :

- de face : l'artère sylvienne et cérébrale antérieure sont en place. On note une injection des deux cérébrales antérieures.

- Au temps veineux : il semble apparaître une image arrondie, se projetant à la partie moyenne et inférieure de l'hémisphère droit.

- De profil, cette image n'est pas retrouvée et le système vasculaire paraît en place.

3) Une ventriculographie :

L'injection des ventricules latéraux ne met en évidence qu'une atrophie d'intensité moyenne, à maximum frontal. Les ventricules sont en place.

Dilatation ventriculaire d'intensité moyenne.

4) Un examen psychologique mettant en évidence :

- une émotivité très importante et une certaine tendance à la majoration fonctionnelle des troubles,

- un comportement devant l'épreuve que l'on peut dire de "type hystérique": affecte d'être à l'aise, cherche à se faire plaindre, etc... feint d'ignorer une réponse, puis répond...

- un niveau intellectuel supérieur à la jormale, sans détérioration. Il n'a pas été pratiqué de tests projectifs.

Madame D... quitte le service le 21.2.1970 avec un traitement anti-comitial.

Résumé et conclusion :

Il s'agit d'une femme de 49 ans, institutrice, de bon niveau intellectuel chez qui sont apparus, à 39 ans, des phénomènes comitiaux (crise grand mal nocturne Après 7 années de silence, réapparition en 1968 de phénomènes comitiaux sous l'aspect clinique de crises B J du membre supérieur gauche avec engourdissement de l'hé corps gauche (Secousses, tremblements qui n'ont rien de caractéristique : il faut l'aide de l'EEG pour affirmer la comitialité).

Après un silence clinique, mais non électrique, d'une année, apparition de phénomènes moins typiques : (difficultés pour parler, crises de tremblements du maxillaire inférieur) que l'on rattache à la comitialité.

Cette femme, hospitalisée une seule fois dans le service du Docteur BOUTTIER, nous a frappé par sa présentation et son comportement d'hystérique : dans son contact, mais aussi lors de l'interrogatoire : il est difficile d'obtenir un renseignement précis, la malade allègue un oubli de tous les détails cliniques, et il faut lui tirer un à un tous les renseignements malgré un bon niveau intellectuel et une coopération qui paraît sincère. De même en situation de passation, elle cherche à plaire, à se faire plaindre.

Sur le plan électrique, les différents EEG faits à Toulouse, ont montré des signes de souffrance cérébrale localisés dans la région temporo-rolandique droite : crises infra-cliniques caractérisées par l'apparition d'ondes lentes delta-polymorphes.

L'EEG pratiqué dans le service en février 1970 montre une surcharge fréquente du rythme de base alpha, surchargé de bouffées d'ondes lentes rythmiques delta et théta en temporal droit.

Cette observation présente un certain intérêt du fait de l'atypie des manifestations cliniques ; (celles-ci associées à une présentation, un comportement

et un contact "d'allure" hystérique peuvent faire évoquer l'hystéro-épilepsie, d'autant que les EEG ne montrent pas d'aspect typiquement comitial, mais des bouffées d'ondes delta, et théta, bouffées que l'on rencontre en cas de souffrance cérébrale, mais également chez les hystériques.

OBSERVATION 12 - Madame CAM... Micheline
née en I935

Hospitalisée dans le service du 5.10.I969
au 3.11.I969.

Mme CAM..., âgée de 34 ans, sans profession, est admise pour "état dépressif" chez une éthylique".

Curriculum vitae

- 3è enfant de trois,
- Père décrit comme sévère, actuellement malade ?
- Mère origine espagnole.
- Mme CAM... quitte l'école à 14 ans. Apprentie-coiffeuse, elle réussit son CAP.
- Elle se marie à 17 ans, enceinte, dit-elle, mais non de son mari. Elle a un deuxième enfant l'année suivante, et quitte son mari à 20 ans. Elle de divorce pas. Elle ne s'occupe pas de ces deux enfants-là.
- En I959, elle se met en ménage avec un technicien de cinéma, lui-même marié non divorcé (il serait le père de l'enfant aîné).
- Naissance d'une fille(qui meurt de toxicose)
- En I963, naissance d'un petit garçon (Pilou)
- Mme CAM... se serait mise à boire en I967, ne supportant pas la solitude due au fait que son mari voyage beaucoup (absences que son mari rattache toujours à sa profession).
- Elle décrit des crises qui selon l'externe qui a recueilli l'observation seraient des crises comitiales (sans autre précision).

- Mme C... est vue une première fois à la consultation du service le 11.8.69 (elle est adressée par un service de médecine parce qu'elle est déprimée, elle a fait dans ce service une crise Grand Mal; mais la raison initiale de son admission dans ce service est une ivresse avec état confusionnel (cette femme est porteuse d'un implant sous-cutané d'Antabuse).

- Mme C... est revue en fin septembre 1969, déprimée elle demande à être aidée pour une désintoxication. Une hospitalisation est décidée pour quelques jours plus tard.

- Mme C... est admise en urgence le 5.9.1969 en état d'ivresse.

Dans le service

Mme C... recherche le contact, quête affective importante, demande qu'on l'aide, qu'on s'intéresse à elle.

Dit désirer fortement cesser de boire de l'alcool.

- Cette femme se présente sur le plan contact, du comportement, de la biographie, comme une déséquilibrée "orale" "hystérique" (flou du récit, théâtralité des attitudes, labilité, quête affective, recherche de l'effet euphorisant de l'alcool, dépendance vis-à-vis de l'ami, des parents, des médesins).

- Elle fait dans le service deux crises généralisées :

1) Le 12.9.69, crise Grand Mal (elle prenait à ce moment-là quatre comprimés d'Anafranil) elle est alors mise au gardénal (20 cg/j).

2) Le 21.10.69, nouvelle crise ? vue par l'interne, appelé après la crise, il note :

"La malade aurait fait une crise grand mal : sans morsure de langue, ni perte d'urine.

Elle l'aurait sentie venir, elle est allée vers les infirmières pour qu'on lui donne quelque chose : "j'ai peur, je sens depuis ce matin que je vais faire une crise".

La crise a été précédée par des sursauts, elle est trouvée dans le couloir, par terre, avec des soubresauts et une respiration bruyante, pas de notion de durée précise.

Elle ouvre les yeux, on la relève et on la ramène dans sa chambre. Amnésie complète de l'épisode.

Pas de signes en foyer post-critiques".

Après cette crise, le traitement à l'Anafranil est suspendu.

- Un EEG est pratiqué le 24.10.69 :

"Au repos, le rythme de base alpha est d'abondance moyenne, légèrement irrégulier, bilatéral et symétrique, de IO H. Le tracé est fréquemment surchargé par les ondes lentes rythmiques de 4 à 6 H, bilatérales et diffuses, et par des éléments paroxystiques à type de pointes diphasiques prédominant parfois à gauche, mais le plus souvent dans la région temporale postérieure droite où il existe des oppositions de phases.

En conclusion : tracé mettant en évidence des signes de dysrythmie cérébrale d'aspect paroxystique, à maximum temporal postérieur droit.

Mme C... va quitter le service, à sa demande, le 3.11.I969, avec un traitement comportant : Nozinan : 25 mg/j, Equanil, Gardénal : 10 cg.

Résumé et conclusion

Femme de 34 ans, admise dans le service à la suite d'un état confusionnel éthylique.

Il s'agit d'une déséquilibrée, avec une présentation, un contact et un comportement d'hystérique.

Elle a présenté dans le service deux crises probablement comitiales, généralisées, avec amnésie post-critique. Il faut tenir compte dans la génèse de ces crises : d'un éthylisme certain, d'un traitement à l'Anafranil, enfin de la présence d'un implant d'antabuse.

Le seul EEG pratiqué (Octobre I969) montre une dysrythmie cérébrale diffuse avec des éléments paroxystiques à type de pointes diphasiques, prédominant le plus souvent dans la région temporale postérieure droite.

Nous avons retenu cette observation car l'on peut parler au premier abord de crises comitiales chez une hystérique; en fait, il nous semble plutôt qu'il s'agit d'une déséquilibrée présentant des crises comitiales, la comitialité ayant peut-être un certain rôle étiologique dans ce déséquilibre psychopathique.

OBSERVATION 13 - Mademoiselle SAL... Andrée
Née le 2.5.I953 à Oran
demeurant à Vélizy, apprentie-coiffeuse.

Hospitalisée dans le service du 7.4.I970 au 2.5.I970 pour bilan de troubles du caractère.

Curriculum vitae

- Mlle SAL... est née à Oran, en I953, d'un père d'origine espagnole et d'une mère française.

Elle est la troisième de cinq enfants.

En I955, ses parents quittent l'Algérie, après de brefs séjours aux Etats-Unis, puis au Maroc, ils s'installent en France et se fixent à Paris, puis en banlieue sud-ouest (I965).

- Le père est comptable, décrit comme impulsif, d'humeur changeante, dépassé par le comportement de sa fille.

La mère est déprimée chronique, souvent alitée.

- De l'enfance d'Andrée, les parents font ressortir des difficultés de caractère à partir de 7-8 ans; il n'y a pas eu de convulsions de la petite enfance.

Sa scolarité a été entrecoupée par les nombreux déplacements de ses parents (huit établissements scolaires successifs).

En I956, la conduite d'Andrée devenant de plus en plus difficile, Mr S. signale sa fille au Juge des Enfants.

1) Brutalement, en Juin I967, Mr S... fait hospitaliser sa fille à la Salpétrière dans le service du Professeur MICHAUX.

Dans l'observation de cette hospitalisation (Juin I967 - Juillet I967) on relève :

- ivresse, fugues, scandales, suspicion d'intoxication au Haschich ayant motivé l'hospitalisation;

- durant l'hospitalisation : troubles du caractère avec instabilité, agressivité, sentiments dépressifs.

- Le niveau intellectuel est bon : QIV 116 QIP 132 QIG 126

- Les tests projectifs au Rorschach : faibles défenses de type obsessionel, peu efficaces, tendant plutôt à déstructurer la personnalité.

Au TAT : froideur affective, identification facile de cette jeune fille à un petit garçon, identification à son sexe mal établi).

- Electro-encéphalogramme : signes paroxystiques à l'Hyperpnée. Pas de traitement institué.

Conclusion de l'hospitalisation :

- Pré-délinquance chez une petite déséquilibrée impulsive.
  A la requête du Juge des Enfants; Andrée S... est placée.

2) Au Bon Pasteur à Charenton (22.7.67 au 13.2.68)

S'adapte avec difficultés à l'établissement, supportant mal les contraintes, recherchant auprès des éducatrices une affection exclusive. Elle a quelques amitiés, exclusives, elle est peu aimée de ses compagnes.

Elle apparaît comme une anxieuse, avec instabilité du comportement et des conduites.

- Immaturité affective, difficulté à établir des relations sociales positives, compensation des frustrations par une conduite inadaptée.

- En Janvier I968, le comportement d'Andrée se dégrade : disputes, colères, agressivité, intenses à la moindre frustration.

Le 13 Février I968 : "crise de nerfs" à la suite d'une fugue d'une amie intime

d'Andrée, arrache la poignée d'un tiroir, casse un carreau, se blesse.

Son hospitalisation à Versailles est décidée.

3) Séjour à l'Hôpital de Versailles (13.2.68 - Mai 68)

Séjour de trois mois, dans différents services de l'hôpital de Versailles, au cours de ce séjour est pratiqué un EEG qui montre :

"Sur un tracé de fonds très actif, des accidents paroxystiques généralisés typiques ou dégradés, mais évocateurs d'une comitialité survenant spontanément et surtout à l'Hyperpnée".

Mlle S... est alors mise à un traitement anti-comitial (gardénal, orténal et di dihydan).

On peut considérer que le diagnostic de comitialité a été établi uniquement sur le tracé électrique ; il n'a jamais été constaté de crise clinique, en dehors des accès de colère.

Sortie de l'Hôpital de Versailles, Mlle S... est suivie par le Centre d'Education surveillée de Versailles.

- Un autre EEG est refait le 5 Octobre 1968

"L'activité de fond est bi-tempore-occipitale, avec un alpha de 9-10 cycles/sec., un peu pointu symétrique intriqué de rares éléments théta.

Une surcharge de rythmes diffus de bas voltage est observée, elle est de type barbiturique.

Sous Hyperpnée, on enregistre quelques brèves bouffées généralisées synchrones de potentiels de la série comitiale.

La stimulation photique donne le même type d'activation".

En conclusion :

1) Activité de fond bien conservée, mais un peu diffuse, irritative dans son ensemble, sans asymétrie.

2) On relève une sensibilité aux activations sous forme de brèves bouffées généralisées synchrones de potentiels de la série comitiale".

Du fait de la persistance des éléments critiques, un réajustement thérapeutique paraît justifié portant plus sur une association médicamenteuse que sur une augmentation des doses.

Une surveillance est justifiée".

- Un nouvel EEG est pratiqué le 22.12.I969 :

" Mélange d'ondes et de rythmes rapides.

Plusieurs décharges d'ondes pointues ou des pointes brèves non localisées sont observées spontanément et à l'Hyperpnée.

En conclusion : signes d'activité paroxystique non localisée".

4) Mlle S... est finalement hospitalisée dans le service du Docteur BOUTTIER le 7 Avril I970.

Motif de l'hospitalisation : Mlle S... dit "faire des crises". Elle les décrit de manière floue : elles surviennent dans n'importe quelle circonstance "je me raidie, je ris, je pleure, parfois je mords des objets".

Elle fait remonter sa première crise à l'âge de 11 ans (I964). Apprentie-coiffeuse, elle a envie d'abandonner car cela ne l'intéresse pas.

On est frappé, lors du premier entretien, par l'aspect hystérique de cette jeune fille : présentation soignée, séduction, flou du récit.

Un EEG est pratiqué le 17.4.70 :

"Au repos, rythme de base alpha d'abondance moyenne légèrement irrégulièr, bilatéral et symétrique de IO H. Tracé surchargé par quelques ondes lentes rythmiques de 4 à 6 H bilatérales, diffuses.

On note de plus de rares bouffées de complexes pointes-ondes irrégulières, bilatérales synchrones, discrètement asymétriques, présentant une légère prédominance de projection temporale gauche. L'Hyperpnée et le SLI ne modifient pas le tracé."

En conclusion : tracé mettant en évidence des signes d'activité électrique paroxystique d'origine profonde à maximum temporal gauche".

Il est difficile, nous l'avons dit, d'obtenir une description précise des crises; nous retiendrons essentiellement :

- des troubles du comportement : inadaptation à la vie famuliale, sociale, professionnelle : fugues, etc...)

- des colères violentes, déclanchées par des motifs futiles avec agressivité importante.

- de nombreuses "absences"matinales : selon sa voisine de lit, elle aurait effectivement le matin des périodes où elle s'arrête brutalement de parler durant quelques secondes.

- des maladresses, le matin, laissant tomber les objets : il ne semble cependant pas s'agir de crises myocloniques vraies.

- Mlle S... dit n'avoir jamais eu de crises avec PC, ce que ses parents confirment.

Son comportement dans le service est assez bien adapté, malgré une tendance nette à l'exhibitionnisme et à la séduction des malades hommes du service. Il n'y a aucune colère durant tout le séjour.

Il a été pratiqué un test de Rorschach :

"Nombre de réponses très supérieur aux chiffres habituels (R = 93). Ce sont essentiellement des réponses de détail, souvent minuscules, de contenu varié. Les banalités sont perçues en général, sauf celles de la planche V.

Les réponses semi-globales sont relativement peu nombreuses, ce qui, sur le plan intellectuel, peut indiquer une difficulté de synthèse. Les réponses sont le plus souvent déterminées par la forme, mais il y a quelques kinesthénies également et la couleur est bien intégrée dans les réponses F.C.

En conclusion : on a l'impression d'une structure obsessionnelle.

Mlle S... quitte le service le 1.5.70 avec le traitement suivant :
Zarontin n° 2, Orténal n° 1, Gardénal n° 1.

Elle n'a pas été revue.

Résumé et conclusion

Il s'agit d'une jeune fille de I7 ans admise dans le service pour un bilan de troubles du caractère. C'est une jeune déséquilibrée qui présente :

- des colères clastiques, violentes, déclenchées pour des motifs futiles.
- des absences (?) matinales, selon les dires de ses voisines de lit, non constatées par les médecins, ni les infirmières.
- des difficultés d'adaptation à la vie sociale, qu'elle soit familiale ou professionnelle : instabilité, fugues.

Les différents EEG ont montré à plusieurs reprises des bouffées de complexes pointes-ondes, irrégulières, bilatérales et synchrones, très évocatrices de comitialité.

Il s'agit d'une comitialité atypique (il n'a jamais été observé de crises typiques, qu'elles soient Grand Mal, Petit Mal ou Psycho-motrices); nous l'avons retenu dans le cadre de l'hystéro-épilepsie du fait de la présentation et du contact "d'odeur" hystérique de cette jeune fille ; en fait le Rorschach plaide non pas tant en faveur d'une comitialité qu'en faveur d'une structure obsessionnelle; les troubles du caractère (impulsivité, explosivité, instabilité, sont du type de ceux qye l'on rencontre chez les psychopathes; pour le sujet qui nous occupe, ils nous orienteraient davantage vers une comitialité que vers une hystérie.

GROUPE 5

Il s'agit là d'un groupe hétérogène.

Nous avons classé là quatre observations qui chacune à leur manière, évoque un des problèmes des relations hystérie-épilepsie.

La première est celle du cas fréquemment rencontré des malaises sur la voie publique : étiquetés d'abord hystériques, il semble s'agir de manifestations épileptiques.

La deuxième pose à nouveau le problème des troubles du caractère et du comportement d'une femme suspecte de comitialité.

La troisième est un cas très évocateur d'épilepsie psychique : crise d'angoisse dans certaines circonstances, ayant bien répondu au traitement anti-comitial.

La quatrième pose, sans y répondre, le problème bien particulier et difficile des fugues.

OBSERVATION 14 - Mlle VER... Michèle
née le 24.8.1943.

27 ans à l'admission.
Hospitalisée du 19.10.1970 au 31.10.1970.

Curriculum vitae :

- Mlle VER... est la seconde de trois enfants : un garçon en 1937, elle-même en 1943, un garçon en 1949.

- Développement psycho-moteur lent, elle est élevée par sa mère et son beau-père (sa mère s'étant séparée de son premier mari quand elle avait 2 ans et demi).
- Mauvaise scolarité, a échoué au C.E.P.
- A fait trois ans de couture et finalement a vécu chez ses parents, s'occupant un peu du ménage; elle a une pension d'invalidité de 3è degré depuis 1964.

1) En 1968 : malaises dans la rue : chute en arrière (perte de connaissance sans convulsions ?), elle est transportée à Cochin, puis à la Salpétrière (dans un service de neurologie). Il semble que les EEG aient été normaux. On remarquait simplement que ses crises pouvaient débuter par des sensations à type de crampes d'estomac, brûlures, associées à des céphalées. Ce serait dans ce service qu'aurait été posé le diagnostic de dégénérescence tapéto-rétinienne ? (pas de compte-rebdu d'hospitalisation).

2) En 1969 : à nouveau, "malaises"; Mlle VER... est hospitalisée à Bicêtre à la suite d'une chute en avant dans les escaliers; l'EEG montrait un tracé lent, instable, sans signe de comitialité.

A l'examen ophtalmologique, baisse de l'acuité visuelle l'électro-rétinogramme montre un tracé totalement éteint des deux côtés et des réponses électriques faibles, surtout à gauche.

3) Nouvelles hospitalisations à Bicêtre en Octobre 1970 : Mlle V... a eu plusieurs malaises avec céphalées, et c'est à la suite d'une chute dans la rue qu'elle est hospitalisée.

Ces malaises sont à début brutal, avec chute, de durée non précisée, sans convulsions. Ils sont considérés comme rentrant dans le cadre de manifestations hystériques chez une jeune fille fruste et débile.

4) Cette jeune fille est alors passée dans le service le 19.1.1970 pour bilan endocrinien et neurologique.

Elle est âgée de 27 ans.

- Il s'agit d'une jeune fille de petite taille, avec ptosis bilatéral, figure inexpressive, voix un peu bredouillante. Dans l'entretien; elle apparaît comme bradypsychique, de niveau intellectuel probablement médiocre.

- Le ralentissement intellectuel, la morphologie font envisager une hypothyroïdie : un bilan est pratiqué qui met en évidence une euthyroïdie.

- Sur le plan intellectuel : un Wescher-Bellevue est pratiqué le 27.10.70, il donne : QIV 82 QIG = 78
QIP 77

A noter une meilleure réalisation aux similitudes et aux cubes de Kohs qui, bien qu'inférieurs à la moyenne, sont mieux réussis que le reste.

- Un EEG est passé le 22.10.1970 :

"Au repos, le rythme de base alpha est peu abondant, peu régulier, bilatéral et symétrique de 10 H. Ce tracé est surchargé très fréquemment par des ondes lentes rythmiques de 4 à 6 H, bilatérales et diffuses.

L'hyperpnée ne modifie pas le tracé.

La SLI est inefficace".

En conclusion : tracé mettant en évidence des signes nets de dysrythmie cérébrale diffuse.

Mme VER... sort le 31.10.70 avec un traitement barbiturique.

Résumé et conclusion

Il s'agit d'une jeune fille de 27 ans, d'un niveau intellectuel médiocre, présentant très probablement une dégénérescence tapéto-rétinienne.

Elle présente depuis 1968, des "malaises" à type de chute, avec ou sans perte de connaissance, sans convulsions. Ces malaises ont été considérés comme des manifestations hystériques chez une débile.

En fait le contexte neurologique (dégénérescence tapéto-rétinienne), prèche en faveur d'une comitialité, souvent retrouvée dans ces cas. L'EEG ne peut trancher montrant un rythme alpha peu abondant surchargé d'ondes théta bilatérales et diffuses.

On ne peut donc parler ici d'hystéro-épilepsie, mais de crises qui peuvent être considérées tout aussi bien comme neuro-végétatives, hystériques ou comitiales.

OBSERVATION 15 - Mme DUC... Claudie
née le 14.1.1936.

Admise dans le service le 12.1.1971, pour "crise épileptiforme".

Eléments biographiques

Aînée d'une famille nombreuse.
Pas de convulsions de l'enfance.

S'entend mal avec sa mère, qui la bat, son père est décrit comme faible et alcoolique.

Chassée de chez elle à 14 ans, vit 2 ans chez sa grand mère, puis à 16 ans se met en ménage avec un homme, dont elle a une fille en 1957, fille qu'elle place en nourrice.

Elle quitte alors son ami, et se marie quelques mois plus tard avec son mari actuel dont elle a eu 5 enfants, actuellement âgés de 13 à 7 ans.

Le début des troubles remonte à l'âge de 20 ans (1956) :
apparition de pertes de conscience totales : évanouissements précédés de prodrômes, sensation de froid au visage, ces pertes de consoience sont de durée non précisée, avec sensation de fatigue au réveil.

Ces pertes de connaissance surviennent surtout à la fatigue et lors d'une station debout prolongée, elle pâlit, puis s'évanouit; il n'y a jamais ni convulsion, ni morsure de langue, ni miction.

Aucun EEG n'est fait à ce moment là, les malaises sont plus fréquents dit-elle, en début de grossesse.

A 26 ans, elle est hospitalisée à Henri Rousselle pour état dépressif post-partum, durant 2 mois ½.

En Août I970, elle fait une "crise" : en présence de son mari : elle est assise devant la télévision, brutalement, sans prodrômes, perte de connaissance, suivie de convulsions des bras et des jambes, morsure de langue, visage bleu en fin de crise, mais pas de miction, le médecin appelé fait un "gardénal 10 cg en IM. Elle se réveille le lendemain matin. Elle n'a pas de souvenir de cette crise. Un électro-encéphalogramme est pratiqué le 2.9.I970 qui montre :

"Rythme occipito-pariétal à 9.11 cycles/seconde, assez simple et symétrique. Surcharge discrète d'ondes théta à 4.6 cycles/sec., d'amplitude modérée, disséminées.

Réaction d'arrêt appréciable.

L'hyperpnée est cliniquement bien tolérée; elle ne modifie guère le tracé. La SLI montre un entraînement aux fréquences basses.

A noter l'abondance des artefacts myographiques chez cette malade anxieuse.

En conclusion : ni figure paroxystique, ni signe de localisation, tracé à peine perturbé, à peine ralenti."

Mme D... est cependant mise à un traitement associant :

Orténal et alepsal : elle ne prend ce traitement que pendant une semaine, puis arrête, car il "l'assomme trop" dit-elle. Elle ne reprend pas son travail.

En Novembre I970 consulte son médecin psychiâtre au dispensaire OPHS parce que :

- elle pleure, parfois hurle,
- elle se palint de sensations vertigineuses, de troubles de l'équilibre,
- elle ne fait plus rien à la maison, et présente quelques phobies : peur de sortir seule, par exemple;
- elle supporte mal la solitude, craint que son mari la quitte.
- elle a davantage de pertes de connaissance (3 à 4 fois par semaine dit-elle)

- D'autres crises surviennent dit-elle : sensation brutale de blocage thoracique, parfois crispation du visage, avec torsion de la, bouche, une autre fois sensation de gêne épigastrique remontant à la gorge; une calcémie est demandée : elle est à 0,78mg/l.

Elle reprit alors un traitement associant Dogmatil, calcium, valium, puis ensuite anafrail et melleril.

Le 12 Janvier I97I :

Deuxième crise généralisée, sans prodrôme, en présence de son mari :

Secousses de tout le corps ; le mari voyant sa "langue avalée" met le doigt dans la bouche et se fait mordre; cependant, pas de morsure de langue, pas de perte d'urine.

Admise à l'Hôpital le jour même (12.1.7I)

Interrogée le lendemain de son admission, Madame D... se plaint de fatigue, mais n'a pas d'idées noires :

- de mauvais sommeil,
- de sensations vertigineuses qui l'obligent à s'asseoir quand elle se lève,
- d'une frigidité de toujours
- de "décharges" apparues depuis une semaine "dans sa tête, ses membres", l'obligeant à lacher les objets et entraînant des difficultés à retrouver un état de conscience normal.

L'examen neurologique pratiqué le 20.1.I97I est normal.

Le mari décrit sa femme comme très étrange, depuis sa premières crise en Août I970, cependant, ces crises donnent au mari une impression de simulation, dit-il.

Durant son hospitalisation :

On ne note aucune crise : ni lipothymie, ni crise comitiale; examen neurologique et fond d'oeil sont normaux.

Elle apparaît comme très angoissée, impulsive, d'humeur labile, avec revendication affective importante; elle s'attache massivement à une malade du service, allant partager son lit, devant partir en permission, elle reste prostrée dans son lit.

De même elle évite les entretiens avec les médecins du service en faisant semblant de dormir.

Ce qui domine, ce sont ses troubles de l'humeur avec alternance de périodes d'excitation et de dépression; troubles de l'humeur associés à une certaine réticence, et une méfiance vis-à-vis des médecins, qui rendent difficile tout abord vrai de la malade.

Un électro-encéphalogramme est pratiqué le I8.I.I97I. :

"Au repos, rythme de base alpha de 9 H bilatéral et symétrique assez abondant, bien réactif, surchargé spontanément de nombreuses ondes lentes rythmiques de 4 à 6 H bi-temporales survenant en bouffées et de quelques très rares pointes brèves.

- L'hyperpnée désorganise le tracé et fait apparaître quelques bouffées d'ondes lentes à 2 cycles/sec., bitemporales. Aucune activité focalisée ou paroxystique caractérisée.

Conclusion : tracé dysrythmique suspect de comitialité que l'on ne peut affirmer cependant".

Un Rorschach a été pratiqué :

"Malade hypercontrôlée. Elle domine parfaitement l'aspect déplaisant de certaines planches ne laissant passer que de petites remarques telles que "c'est gros, c'est pas mal réussi"; évitant ainsi le côté massif de la planche pour ne donner qu'une interprétation de détail. De même elle ne se permet pas d'interpréter le rouge, mais l'intégration des éléments est bonne et précise, ce qui, joint à un bon contrôle formel, indique de bonnes ressources intellectuelles.

En conclusion : il est difficile, compte tenu de la brièveté et de la restriction du protocole, de se prononcer sur la personnalité de Madame D...

Il apparaît cependant que les réactions sont sous-jacentes, mais qu'elles ne trouvent pas de voie pour s'exprimer. Pas de signe d'épilepsie. La retenue va de pair avec le désir exprimé par Mme D... d'oublier tous les événements désagréables de sa vie et son insistance à déclarer que "tout va bien".

Résumé et conclusion

Jeune femme de 35 ans, dont l'enfance s'est déroulée dans de mauvaises conditions affectives.

Apparition à l'âge de 20 ans de pertes de connaissance qui peuvent être de "banales" syncopes, puis I4 ans plus tard, survenue en août I970 d'une "crise" devant la télévision, crise dont la description évoque une crise grand mal généralisée. Un EEG fait quelques jours après la crise est normal.

Dans les mois qui suivent cette crise, la fréquence des pertes de connaissance augmente, tandis que Madame D... se plaint de sensations vertigineuses de sensation de boule épigastrique, de gêne respiratoire, de phobies diverses, en bref, de manifestations hystéro-phobiques. Un EEG pratiqué quelques jours après cette crise, n'apporte aucun élément en faveur d'une comitialité; par contre, il est du type de ceux rencontrés chez les hystériques.

En Janvier I97I, nouvelle crise généralisée sans morsure de langue ni perte d'urine; crise qui entraîne l'hospitalisation. En électro-encéphalogramme pratiqué quelques jours après la crise montre des ondes lentes bitemporales à l'hyperpnée, mais pas d'aspect caractéristique d'une comitialité. On est par contre frappé durant l'hospitalisation, par les troubles du caractère : impulsivité, hostilité sourde aux médecins, alternance de phases d'excitation et de dépression; ses relations sont dominées par une revendication affective importante. Tous ces traits de personnalité sont considérés comme des traits du caractère épileptique; le protocole du test de Rorschach, par contre, n'est pas selon la psychologue, du type de ceux rencontrés chez les épileptiques.

La description des deux crises généralisées est en faveur de l'épilepsie et d'ailleurs elles ont entraîné la mise en oeuvre d'un traitement anti-comitial.

Mais les troubles du comportement intercritiques (sensations vertigineuses, boules épigastriques, phobies) de même que son comportement dans le service, nous ont semblé être de type hystérique autant que comitial.

Le Ier EEG pratiqué est du type de ceux rencontrés chez les hystériques (bouffées d'ondes (-); entraînement lent à la SLI) ce qui n'infirme pas le diagnostic d'épilepsie; celui fait après la deuxième crise n'a pas montré un aspect critique mais seulement des ondes lentes bitemporales, tracé compatible avec une comitialité mais non pathognomonique de comitialité.

Quoiqu'il en soit, sur la description de deux crises d'aspect comitial, mise à un traitement anti-comitial.

Et cette mise en oeuvre de traitement anti-comitial, probablement à bon escient, impose à titre quasi définitif le label "comitiale" à cette jeune femme avec les inconvénients, mais aussi les bénéfices secondaires qu'entraîne une telle étiquette; aspect qui nous a semblé net chez cette malade.

OBSERVATION 16 - Mme P.V. Marguerite
née en I904.

Madame P... consulte le I7 Février I965 dans le service pour des "crises de peur panique...".

Eléments biographiques

- 2è de deux enfants (un frère de 5 ans son aîné)
Passe son enfance à Paris, père comptable, en bonne santé ainsi que sa mère.

- Se marie en I925 avec un comptable. Vivait chez ses beaux-parents. Décès du mari en I945, d'un infarctus; Madame P... a deux enfants, elle continue à vivre jusqu'en I953 avec sa belle-mère.

Histoire de la maladie :

Le début des troubles remonte à 1944 : son frère qu'elle aimait beaucoup a été tué dans la Résistance, et en l'apprenant : "elle est tombée raide". C'était un jour de soleil; et depuis, elle ne supporte pas ce temps. Elle n'aime pas le soleil, mais c'est progressivement que les peurs sont venues.

Depuis I962, a quelquefois peur, une"peur panique", une "peur animale" par une journée de grand soleil, à l'occasion d'un bruit léger. Elle passe ses vacances en Angleterre, car à l'impression d'être protégée par le brouillard, ou la pluie. Depuis début I964 environ, n'ouvre pas ses fenêtres quand il fait soleil.

Elle a trois ou quatre crises par an, très pénibles et angoissantes, et elle envisage le suicide pour s'en sortir.

Il y a une année, après une crise, a été voir un médecin qui lui a donné un médicament "qui lui a fait dire à des gens des choses qu'elle n'aurait jamais dites en temps normal". (?)

Elle a ensuite pris du Tofranil.

Le Tofranil a très bien réussi au début : se sentait calme, n'avait plus peur. Puis un jour, elle a oublié de le prendre : elle a eu "une frayeur affreuse", a eu envie de se suicider en prenant le tube entier. Peur physique et non pas morale, ça dure environ ½ heure à I heure. Elle a l'impression "d'avoir les pieds cloués au sol".

Cette peur ne survient jamais quand elle est avec quelqu'un; jamais à son travail. Cela arrive toujours lorsqu'elle est chez elle, le samedi ou le dimanche, ou pendant les congés. C'est toujours quand il fait soleil ou qu'il ya a un léger bruit.

Quand elle est prise de peur, elle a l'impression que "quelque chose lui pénètre dans l'oreille". "et ca descend comme une chaleur, le long du cou". Ca se dissipe quand la peur est partie.

Quand elle pense à sa peur, elle a cette impression dans l'oreille, sans avoir de grande crise.

Ces crises sont terribles, dit-elle, au début elle a pensé au suicide; elle l'a d'abord refusé pour "l'obstacle religieux" puis pour ne pas "laisser un suicide dans la famille".

Un électro-encéphalogramme est demandé. En voici le compte-rendu (25.2.I965)

"Au repos, le rythme de base alpha est d'abondance moyenne, légèrement irrégulier, bilatéral et symétrique de IO H. Le tracé met en évidence des altérations rythmiques de 4 à 6 H, prenant parfois un aspect paroxystique à projection maximum temporal gauche. L'hyperpnée n'entraîne pas de modification importante du tracé.

Conclusion : tracé mettant en évidence des signes discrets mais indiscutables de dysrythmie cérébrale d'aspect paroxystique à projection temporale gauche."

Journal". (?)

Sur cette symptomatologie assez pauvre ; crises d'angoisse paroxystiques et un EEG mettant en évidence une irritation temporale gauche, Madame P... est mise à l'orténal : 1 comprimé/jour.

Revue en Mai I965, elle dit se sentir transformée : son "état de gué't" à disparu. Un jour de grand soleil, elle s'est dit : "Oh, quel beau temps", et il y avait des années qu'elle ne s'était pas dit ça.

Un nouvel EEG est enregistré le I6 Mai I965 qui montre, comme le précédent "un rythme de base alpha d'abondance moyenne, légèrement irrégulier, bilatéral et symétrique de IO H. Ce tracé est toujours surchargé par quelques ondes lentes rythmiques de 4 à 6 H présente une prédominance discrète dans la région temporale gauche.

L'hyperpnée ne modifie pas le tracé. Donc : "persistance d'une dysrythmie cérébrale à projection temporale gauche".

Le traitement à l'orténal est maintenu.

- Revue à nouveau en Novembre I965, elle n'a eu aucun malaise depuis Février I965, date du début du traitement à l'orténal.

Ce qu'elle dit de son caractère : ordonné, rangé, "propre, maniaque", n'est pas en faveur d'une personnalité hystérique.

- Revue en Novembre I966 :

Toujours sous orténal. N'a pas eu de crise. A parfois"envie de ne plus être là où elle est". Envie fugitive de sortir de chez elle, mais ne sort pas.

- Revue une fois par an de I966 à I970, la dernière fois le 9 Février I97I :

Quand elle prend son orténal, ça va. Mais si elle l'oublie, alors elle ressent un malaise, une certaine peur, l'envie de partir de là où elle est.

Cette sensation de peur, bien moindre que lors des premiers malaises, disparaît 1/4 d'heure après la prise d'orténal. Elle qualifie cette peur de "charnelle, pas du tout mentale..."

Résumé et conclusion

Femme âgée maintenant de 67 ans, connue du service depuis 1965.

Veuve, consultée pour des manifestations d'angoisse paroxystique, survenant dans des circonstances relativement stéréotypées.

Mise à l'orténal, sur le foi d'un électro-encéphalogramme montrant des signes discrets de dysrythmie paroxystique à projection temporale gauche; s'en est trouvée améliorée et les manifestations d'angoisse ont disparu.

Nous rapportons cette observation simplement pour montrer la difficulté du diagnostic d'épilepsie qui dans ce cas n'est pas démontré, et le rôle déterminant d'une perturbation de l'Electro-encéphalogramme pour la mise en oeuvre d'un traitement barbiturique, dont l'efficacité prend ici, à notre sens, valeur de test diagnostic.

Il est à noter l'amélioration passagère à priori contradictoire dûe au tofranil.

OBSERVATION 17 - Monsieur GAU... Jean
Né en I925.

Admis dans le service le 9 Mars I970 pour bilan à la suite de fugues.

Eléments biographiques

2è enfant d'une fratrie de 2. Une soeur née en I92I et décédée la même année.

Ses parents travaillaient tous deux à l'Institut Pasteur.

Pas de données anamnestiques concernant la grossesse, l'accouchement et le développement psycho-moteur.

Etudes primaires jusqu'au C.E.P.
En I940, à I5 ans, rentre comme garçon à l'Institut Pasteur.

En I942, contaminé dans un laboratoire de l'Institut , dit-il, fait une tuberculose pulmonaire. Il est hospitalisé un an en sanatorium.

En I948, il se marie : il a 23 ans, sa jeune femme, employée à l'Institut Pasteur, en a 24. Ce mariage est suivi d'une rechute tuberculeuse; le jeune couple décide de ne pas avoir d'enfant, par crainte de la contamination.

En I956, à la suite d'une douleur de l'avant-bras et de la main droite, il est pratiqué une résection d'un segment de l'artère axillaire.

C'est depuis cette époque que ses relations sexuelles se sont espacées, dit-il, car lors du coït, une douleur s'installe dans l'avant-bras et "lui coupe ses effets."

Le début des troubles

remonte à I964 environ.

Il semble qu'à cette époque se soit installée une impuissance complète, avec sa femme, tout du moins.

C'est en I964 que Monsieur GAU... commence à faire des fugues alors qu'il est à son travail (service des photographies de l'Institut Pasteur). Chaque fugue se déroule de la même manière : il quitte brutalement son travail et part n'importe où, dit-il. Il sait parfaitement ce qu'il fait, "ne pense pas aux conséquences".

En I965, consulte un psychiatre privé, car il est inquiet du fait de ses fugues. Il le quitte bientôt, le trouvant trop cher.

Il va alors consulter à Sainte-Anne en I966, où il est suivi depuis, tant en entretiens que par l'intermédiaire d'une relaxation, qu'il pratique de manière irrégulière.

Depuis I965, dit-il, fréquence et durée de ses fugues ont augmenté; ces fugues qui peuvent durer de quelques heures jusqu'à 72 heures, se produisent non seulement sur son lieu de travail, mais aussi alors qu'il est chez lui.

Bien que disant ne pas se souvenir de ce qu'il fait lors de ses fugues, il précise ensuite qu'il part parfois de chez lui le soir, quittant son domicile pour la nuit entière, allant discuter dans les bistrots.

Il est incapable de donner un récit détaillé de l'emploi du temps d'une fugue (amnésie ou mauvaise volonté, il est impossible de trancher); il précise cependant qu'au cours d'une fugue, il aurait été voir des prostituées.

Sa femme ajoutera, qu'il dépense souvent de grosses sommes durant ces fugues, qu'il lui est arrivé de boire au cours de ses déambulations, et de jouer au poker. Lui-même dit qu'il rentre dans les cafés, discute et boit, puis ne sait plus ce qu'il fait.

consécutives".

Quoiqu'il en soit, ses fugues ont augmenté de façon alarmante ces derniers mois, atteignant la fréquence de une à deux par semaine. Monsieur G... n'hésitant pas à quitter son travail pour la journée, si il est pris d'une "impulsion", selon ses termes, impulsion à laquelle il ne peut résister.

Lorsqu'il entre dans le service, il vient de recevoir un blâme, du fait de ses absences trop fréquentes et non motivées, et risque le renvoi.

Sa femme nous est apparue comme très maternelle et protectrice, Monsieur G... ayant adopté à son égard une attitude d'enfant. Depuis plusieurs années, dit-elle Monsieur G... se vante à son travail de "ne pouvoir remplir ses devoirs conjugaux". Malgré la contrariété que lui cause le comportement de son mari, elle ne se décide pas à une séparation.

Dans le service, le comportement de Monsieur G... sera parfaitement adapté. Il sera possible au cours d'entretiens répétés d'obtenir plus de précision sur la nature et le contenu de ses fugues, Monsieur G... se bornant à répéter qu'il ne peut se retenir, que "quand l'envie de partir le prend, il met sa veste et s'en va".

Un électro-encéphalogramme pratiqué dans le service montre "un rythme de base alpha, d'abondance moyenne; légèrement irrégulier, bilatéral et symétrique de IOH.

Il n'a été noté ni anomalie localisée, ni élément paroxystique.
L'hyperpnée et la SLI ne modifient pas le tracé. Il s'agit donc d'un tracé normal".

Résumé et conclusion

Il s'agit de fugues chez un homme âgé actuellement de 45 ans, qui a un long passé d'atteintes somatiques : tuberculose ayant entraîné plusieurs séjours au sanatorium, thrombose artéritique ayant entraîné une artériectomie humérale.

Les fugues sont apparues parallèlement à l'installation progressive d'une impuissance sexuelle. Elles ont progressivement augmenté de fréquence; actuelle-

ment leur grande fréquence, leur durée, leur survenue presque élective à son lieu de travail risquent d'entraîner un renvoi.

Noussavons retenu cette observation car elle pose le problème des fugues. S'agit-il ici de fugues "hystériques" ou tout au moins de fugues névrotiques, ou au contraire de fugues épileptiques ?

Ces fugues sont considérées depuis de longues années comme des fugues névrotiques, et Monsieur G... suit, dans cette optique, un traitement en relaxation depuis plusieurs années; cependant le caractère impulsif qu'il décrit très bien "quand ça me prend, je prend ma veste et je m'en vais", le souvenir très imprécis qu'il garde de l'emploi du temps de ces fugues (il lui est arrivé de rentrer chez lui fourbu, couvert de boue, sans pouvoir expliquer à sa femme ce qu'il avait fait au cours de ses 24 heures d'absence); leur déclenchement sans cause précise, peuvent faire évoquer des fugues épileptiques.

Bien sûr, chez notre sujet, le seul EEG pratiqué s'est avéré normal, il n'a par ailleurs pas été pratiqué de tests projectifs qui auraient pu avoir une valeur d'orientation; enfin, il n'a pas été pratiqué d'épreuve thérapeutique.

Il nous est donc impossible de conclure; mais nous pensons que cette impossibilité de conclure est intéressante : n'en est-il pas le plus souvent ainsi en présence de fugues ? En effet, l'on parlera de fugue épileptique, lorsqu'un EEG fait après une fugue montre un tracé "compatible" ou "évocateur" d'une comitialité? Mais, il nous semble qu'il peut s'agir d'une coïncidence. Et surtout doit-on faire une frontière aussi nette entre fugue épileptique (automatisme psycho-moteur de longue durée) et fugue névrotique, dont le mécanisme n'est pas toujours clair (dans le cas présent : ces fugues peuvent être interprétées comme une revendication d'indépendance vis-à-vis de sa femme et de son employeur; comme une recherche de liberté sexuelle peut-être comme des fugues destinées à satisfaire des pulsions normalement réprimées de jeux, de boissons, ou homosexuelles), mais le mécanisme déclenchant des fugues épileptiques ne peut-il pas être considéré également comme un moyen d'issue à des pulsions consciemment réprimées ?

QUELQUES CONSIDERATIONS SUR L'HYSTERIE ET L'EPILEPSIE

à propos de ces observations

Il nous semble que les observations que nous avons rapportées mettent bien en évidence les principaux problèmes posés par les relations entre Hystérie et Epi Epilepsie, tant sur le plan pratique que théorique.

I - SUR LE PLAN PRATIQUE

Il s'agit essentiellement d'un problème diagnostique que l'on ne peut dissocier cependant de la conduite thérapeutique qui en découle. En effet, le diagnostic posé de l'une ou l'autre entité morbide, la conduite thérapeutique sera différente : qu'il s'agisse d'épilepsie, et l'accent sera mis sur l'ajustement du traitement anti-comitial; qu'il s'agisse d'hystérie au contraire, et l'on insistera avant tout sur la valeur d'une psychothérapie bien conduite. Cependant, et sans doute tout particulièrement dans les cas limites que nous avons choisis, l'abord psychothérapique des épileptiques n'est pas chose à négliger, pouvant parfois permettre de diminuer de façon appréciable le traitement médicamenteux et contribuer semble-t-il à l'espacement des manifestations comitiales paroxistiques; de même, une chimiothérapie adéquate, si elle n'a pas la même valeur irremplaçable que dans la comitialité, peut grandement aider à l'équilibre et au progrès d'une hystérique.

La séméiologie des crises comitiales, telle que nous l'avons rappelé, semble bien claire. En théorie, il suffit de la bien connaître pour trancher

sans équivoque entre crise épileptique et manifestation hystérique. En fait, il nous est apparu, tout au long de nos observations, qu'il y avait souvent problème.

Certaines manifestations, cependant, prêtent peu à discussion : les absences du petit mal, par exemple, lorsqu'on y assiste, ou une crise grand mal avec son cri initial, sa chute brutale avec perte de consicence, son déroulement stéréotypé, sa perte d'urine et sa morsure de langue. Pourtant une telle crise, décrite par l'entourage sera parfois plus difficile à interpréter. En effet, chaque élément d'une crise grand mal peut prêter à discussion :

- la chute : peut-être brutale et immédiate entraînant parfois une blessure ou au contraire progressive, ce qui est en faveur d'une crise hystérique, mais se rencontre aussi au cours des syncopes et de certaines crises amyotoniques.

- la perte de conscience : c'est une notion bien établie que toute crise généralisée s'accompagne de perte de conscience, l'absence de perte de conscience doit donc à priori faire écarter le diagnostic de crise comitiale; c'est le réflexe que nous avons eu en présence de Monsieur ES... (observation I); en fait, il s'agissait de crises comitiales authentiques, certaines semblant être des crises adversives; certaines de ces crises ne 'accompagnaient pas de perte de conscience selon Monsieur ES... lui-même, ceci est à rapprocher de l'observation rapportée par J.C.ROCAND et Coll. d'une fillette faisant des crises adversives avec reprise immédiate de la conscience. En fait, il nous est apparu que les crises de Monsieur ES... étaient soit des crises BJ isolées ou secondement généralisées soit des crises versives, l'une et l'autre sans perte de conscience et parfais souvenir des crises, sauf à partir du moment où s'est installé un état de mal.

- La morsure de langue : notion classique, n'a de valeur que par sa présence; en revanche c'est un trait connu du public, et une malade, au cours de crises névropathiques (obs. 8 Mlle GAA...) tentait de se mordre la langue pour donner un cachet d'authenticité à ses manifestations.

- la perte d'urine accompagne classiquement la crise comitiale; en fait liée au degré de résolution musculaire, elle peut manquer ou au contraire être présente au cours d'une perte de conscience non épileptique, une syncope par exemple. Cette notion classique est bien connue du public, en témoigne notre observation 8, où la perte d'urine est initiale, argument en faveur d'une crise névropathique cherchant semble-t-il à simuler une crise comitiale.

- L'analyse de la crise convulsive elle-même n'est pas toujours aisée : il est bien connu que certains épileptiques alternent, avec des crises comitiales authentiques, des crises comitiales simulées (qu'il ne faut pas confondre avec des crises hystériques) crises qu'il n'est pas toujours aisé de distinguer des manifestations comitiales authentiques, comme le rappelait CALVET dans sa thèse (1928); de même, une crise hystérique "à la Charcot" pour peu que l'on y ait pas assisté, pour peu qu'elle ait été assez brève, pour peu que l'entourage soit frustre, peut fort bien imposer pour une crise comitiale authentique.

- Les crises psycho-motrices, du fait de leur variété et de leur complecité sont de diagnostic infiniment plus difficile. Seul un EEG absolument caractéristique de comitialité, enregistré au cours ou au décours d'un épisode critique peut trancher; hors, un tel EEG est rare, et trancher de manière formelle devient impossible; c'est ainsi que notre observation 4 (Mlle CHO...) d'abord considérée comme une "grande hystérique", puis comme une épilepsie "temporale", ne peut en fait être classée de manière formelle. Nous avons été frappés par la parenté qui existe entre les manifestations pouvant être rapportées à une comitialité temporale et les manifestations hystériques, c'est ainsi que le problème s'est posé pour nous à maintes reprises; la découverte d'un foyer temporal n'enlevant pas toujours la conviction, ceux-ci pouvant se rencontrer chez des sujets névrosés (Blanc); c'est le cas de notre observation 6 où un EEG fait dans un service de Neuro-chirurgie parlait de foyer temporal droit, mais où nous n'avons jamais pu trancher.

Cette parenté est niée par de nombreux auteurs. Hommes, par exemple, pense qu'un certain nombre de sujets décrits comme hystériques sont en fait atteints

d'épilepsie psychomotrice. C'est l'interprétation que nous avons appliquée un temps à notre observation n° 4; alors que nous refusons maintenant de trancher). C'est ainsi que HOMMES estime que parmi 6 malades dont CHARCOT s'est servi comme type de description pour la grande hystérie, 5 étaient atteints de façon indiscutable d'une épilepsie psycho-motrice. De même GASTAUT, insistant sur les difficultés cliniques et électriques du diagnostic différentiel entre hystérie et épilepsie psycho-motrice, puisque dans les deux cas on peut observer des perturbations EEG de type épileptique, et sur la fréquence de l'alternance de crises épileptiques et hystériques, considère que les sujets baptisés hystéro-épileptiques à la fin du XIXè siècle étaient atteints de lésions temporales profondes (région péri-falciforme, de l'hypocampe, face inférieure du lobe temporal).

Il faut également insister ici sur l'extrême variabilité des crises et des manifestations épileptiques chez un même sujet porteur d'une épilepsie temporale de même que sur la variabilité du niveau de conscience critique et de l'amnésie post-critique, c'est ce qui en rend le diagnostic difficile, rendant souvent la distinction impossible entre hystérie et épilepsie (obs. 4-6); dans nos observations, le tableau est souvent complété par des manifestations de conversion (déficit moteur, astasie abasie comme dans nos observations 4 et 5, ce qui pour nous est un bon argument en faveur de l'unité d'une telle affection).

- Les troubles du caractère sont retrouvés dans la grande majorité de nos observations. Ces troubles du caractère sont dominés par l'impulsivité, l'irritabilité (obs. 2,3,4,6,15) la tendance aux colères violentes (classique colère clastique) (obs.3;13).

Ils entraînent un comportement mal adapté à la vie sociale, une biographie souvent tourmentée (obs. 2, 4, 12, 13).

Cette irritabilité est fréquemment associée à une affectivité labile, variable, d'un moment à l'autre, avec extériorisation violente des émotions sous forme, parfois, de crises comitiales, (crises comitiales à déclenchement émotif, plus souvent de crises névropathiques parmi lesquelles certaines ne posent aucun problème diagnostic (obs. 3) les autres étant souvent beaucoup plus dif-

ficiles à classer, soit qu'elles soient intriquées avec des crises comitiales authentiques (obs. 2) soit qu'elles posent le problème de manifestations comitiales, ce qui dans un de nos cas est probable (obs. 7) dans deux autres beaucoup plus douteux (obs. 8 et 9).

Ces manifestations caractérielles sont, nous semble-t-il, plutôt dans le registre épileptique, les manifestations névropathiques plutôt dans le registre hystérique et sont particulièrement le fait de sujets porteurs de foyers temporaux (obs. 2,4,6).

Dans nos observations, nous avons retrouvé fréquemment associé à ces troubles du caractère, une immaturité affective très nette (obs. 1, 3, 4, 5, 9) avec prévalence sur le plan du fonctionnement psychique, des mécanismes de refoulement. Importance du refoulement qui, associée aux problèmes sexuels, peut faire parler de structure hystérique.

- Notre sentiment de nous trouver en présence de sujets hystériques a été étayé par la fréquence des manifestations motrices que nous considérons comme des manifestations de conversion : qu'il s'agisse de déficit moteur, variable d'un jour à l'autre, sans signe d'organicité (obs. 1, 2, 4, 9) d'astasie-abasie (obs. 4,5,9) d'état cataleptique (obs. 3).

Nous pensons que la fréquence de ces manifestations de conversion-traduction somatique d'un conflit psychique inconscient - est un argument de poids quant à l'hypothèse d'une entité unique, l'hystéro-épilepsie. (Nous y reviendrons lorsque nous aborderons le problème théorique posé par nos observations). Il est dans une même perspective intéressant de constater comme dans notre observation n° 1 une association sur le même membre d'un déficit moteur "de conversion" ayant cessé à une rééducation psychothérapique et de crises Bravais Jacksoniens : on retrouve là la notion de point d'appel somatique, déjà soutenue par FREUD.

- Le problème des crises à déclenchement émotif a retenu notre attention. Certaines des crises de notre observation 1 nous ont paru être à déclenchement émotif (crises en présence d'un neurologue par exemple), d'autres peuvent faire

discuter le problème d'une crise audiogénique (déclenchement des crises par le son de la voix, celle-ci pouvant également intervenir par l'émotion qu'elle suscite). Ces crises à déclenchement émotif semblent à première vue hystériques, et seule une analyse séméiologique fine et surtout une confirmation électro-encéphalographique permettent de redresser le diagnostic. Ces crises à déclenchement émotif sont surtout le fait de l'épilepsie temporale (SOREL); on peut, à partir de nos observations, avancer l'hypothèse que des sujets comitiaux lors d'une contrariété auront, parfois, une crise comitiale (obs. 1) parfois une crise névropathique (obs. 2) ceci semble en faveur d'un mode d'intégration et de décharge plus ou moins bien élaboré des émotions.

- La notion de "malaise" que nous avons employé à plusieurs reprises dans nos observations, pose problème. Si nous l'avons employé, c'est qu'il est souvent employé par nos patients, lorsqu'ils exposent leurs ennuis, et il nous faut insister ici sur la difficulté à faire un diagnostic de comitialité à partir des données seules de l'interrogatoire, si ce n'est dans les cas bien typiques et tranchés, qui contrairement à ce qu'il ressort des manuels, ne sont pas les plus fréquents.

L'interrogatoire, en effet, apporte souvent des faits qu'il est difficile de faire préciser : il est un trait fréquent que nous avons souligné dans nos observations, c'est le flou du récit, des événements vécus par le sujet, le peu de précision dans le nombre, le type des crises ou "malaises" présentés par le sujet, la variabilité lors d'interrogatoires successifs; ce trait est considéré comme caractéristique des biographies d'hystériques, sujets chez qui les lacunes mnésiques, les tendances à travestir la réalité sont très fréquemment rencontrées.

Ce terme de "malaise" est donc vague : il recouvre aussi bien la perte de connaissance brève (obs. 14), les "pertes de connaissance hystériques" (obs. 3) les sensations vertigineuses, les absences, les pseudo-absences temporales. C'est dire que si l'on n'a pas assisté au malaise, il sera bien souvent impossible d'en préciser le type et l'étiologie.

- Ceci pose le problème de l'aide que peut apporter l'EEG comme contribution diagnostique dans ces cas limites.

Il est admis classiquement, en épileptologie, que la clinique prime sur l'électro-encéphalographie : en effet si l'épilepsie est cliniquement typique, l'EEG confirme ou n'infirme pas la clinique.

Cependant, quotidiennement, devant des manifestations évocatrices d'épilepsie, il est d'usage de se référer à l'EEG:si celui-ci est évocateur de comitialité, on en tiendra le plus grand compte et on mettra le patient à un traitement anticomitial.

Pour notre part, dans toutes nos observations de cas frontières atypiques, l'EEG nous a été souvent d'un faible secours, mettant parfois en évidence des signes électriques de comitialité mais le plus souvent, les tracés ne nous ont montré qu'une dysrythmie cérébrale diffuse ou à maximum temporal, ou un aspect "irritatif" bi-temporal, tracés insuffisants pour affirmer la comitialité. Les EEG nous sont apparus comme d'autant plus difficiles à interpréter qu'il est admis de tous qu'un tracé normal inter-critique, n'infirme en rien nous l'avons dit, la comitialité, que certaines crises comitiales n'entraînent pas de perturbations électriques enregistrables au niveau du scalp, que l'on peut observer chez des sujets considérés comme hystériques des pointes-ondes sporadiques, en particulier à la stimulation lumineuse intermittente, de même que des foyers paroxystiques temporaux.

C'est dire que l'EEG, loin d'éclairer le problème vient au contraire le compliquer, dans la mesure tout au moins où l'on veut absolument dissocier Epilepsie et Hystérie. C'est pourquoi à notre sens, on ne peut sortir de ces contradictions que si l'on admet une forme mixte, "forme de passage" associant manifestations hystériques et épileptiques, en la faveur de laquelle cette intrication clinique et électrique prèche, forme de passage de grande valeur, à notre sens, sur le plan théorique.

II - SUR LE PLAN THEORIQUE,[1] en effet, cette forme mixte, sorte de pivot, permet d'établir un lien entre Hystérie et Epilepsie et d'émettre l'hypothèse d'une cer-

(1) Nous engageons le lecteur à consulter l'article de Mr le Pr.BOURGUIGNON "Voie motrice et voie psychique.Propos sur le rêve,la cataplexie et l'épilepsie". A paraître dans l'Evolution Psychiatrique.

taine unité entre ces deux affections.

Manifestations épileptiques et manifestations hystériques ont en effet en commun l'utilisation de la voie motrice comme voie de décharge.

On peut en effet considérer schématiquement que l'appareil psychique est en permanence soumis à des excitations, qu'elles viennent du monde extérieur, de l'organisme lui-même ou qu'elles soient endopsychiques.

Ces excitations provoquent un état de tension qui appelle une décharge, décharge qui peut, soit être intégrée par le psychisme, pour fournir une réponse adaptée, ce qui est le cas chez l'adulte normal, soit emprunter directement les voies motrices lisses (système neuro-végétatif) ou à un degré de plus striées (système loco-moteur).

Chez un certain nombre de sujets, dont les hystériques et les épileptiques, on peut considérer qu'il existe, une prédisposition, une fragilité, abaissant le seuil de réponse aux stimulations, la réponse se faisant alors sur un mode pathologique, empruntant directement les voies motrices, sans une intégration préalable par l'appareil psychique.

Chez un hystérique, en effet, la réponse à une excitation trop forte pour les capacités d'intégration du sujet, se fera soit sous forme d'une inhibition motrice par exemple (manifestation de conversion), soit sous forme d'une décharge motrice (crises "à la Charcot" par exemple) avec dans l'un et l'autre cas conservation de la conscience.

Chez un épileptique, la réponse à une excitation se fera également soit sous forme d'inhibition (crise amyotonique par exemple) avec perte de conscience soit sous forme de décharge par les voies motrices lisses ou striées, avec conservation de conscience, tout au moins au début, et c'est le cas des épilepsies partielles, ou avec perte de conscience d'emblée et c'est le cas des épilepsies généralisées.

Dans l'un et l'autre cas, l'appareil psychique incapable de résoudre la tension provoquée par l'excitation, laisse la décharge se produire à l'aveugle, dont une partie ou la totalité du système moteur, ou au contraire, entraîne une inhibition motrice localisée et durable (conversion) ou généralisée et brève (amyotonique).

La crise d'épilepsie généralisée, par exemple, ne serait donc qu'un retour paroxystique à un mode archaïque de fonctionnement, c'est-à-dire utilisant la voie motrice comme voie exclusive de décharge en réponse aux stimulations endopsychiques.

Plusieurs arguments sont en faveur de cette hypothèse :

- Un premier argument est apporté par le fait que les troubles caractériels les plus importants sont observés chez les épileptiques temporaux : comme si cette irritabilité, cette explosivité, étaient un mode de décharge, certes imparfait, mais plus adapté qu'une crise généralisée; de même le fait que les crises épileptiques absorbent toute l'énergie à décharger expliquerait que l'on rencontre peu de troubles caractériels chez les épileptiques faisant uniquement des crises grand mal, la lenteur, rencontrée chez ces épileptiques pouvant s'expliquer par une prémunition anticipée contre toute possibilité de décharge, le système nerveux central inhibant de ce but son propre fonctionnement (VIDART et GEIER).

- Un second argument, est qu'il a été souvent constaté que la suppression des crises par un traitement médicamenteux pouvait entraîner une aggravation des troubles caractériels, ceux-ci constituant une sorte de "soupape de sûreté" à une énergie non intégrée, par l'appareil psychique et qui ne peut plus se libérer sous forme de crise convulsive.

- Un troisième argument est constitué par les liens qui existent entre rêve et épilepsie : en effet, il a été observé (DELANGE et Coll.) que les crises épileptiques nocturnes surviennent en phase paradoxale du sommeil, se substituant aux rêves; de même que la répétition des crises diurnes diminue ou supprime

l'activité onirique du sujet, la nuit suivante, la privation de rêve durant six jours, entraîne chez le rat un abaissement significatif du seuil électro-convulsivant (DEMENT et Coll.).

- Un quatrième argument est apporté par les renseignements fournis par les télé-enregistrements électro-encéphalographiques de longue durée (une journée) réalisés sur des épileptiques adultes : ils montrent qu'une activité électrique comitiale peut être bloquée par le sujet qui fixe sa pensée sur une idée, et qu'inversement l'évocation idéique d'un conflit psycho-affectif ou la survenue d'un tel conflit peut entraîner l'apparition de paroxysmes électriques et au maximum une crise comitiale clinique (Epilepsie à déclenchement émotif).

- Un cinquième argument enfin, en faveur d'une inter-relation entre activité psychique et manifestation épileptique est la réalité bien souvent constatée en pratique quotidienne de l'efficacité d'une bonne relation psychothérapique avec le comitial, permettant un espacement des crises et une amélioration des troubles du caractère.

Ainsi, à notre sens, existe-t-il des lésions certaines entre l'activité psychique consciente ou inconsciente et la décharge épileptique, comme il en existe entre l'activité psychique et les manifestations hystériques.

La réalité clinique et électrique des manifestations de l'"épilepsie temporale" si proches de l'hystérie, qu'il est souvent impossible de les distinguer, prêche à notre sens pour une association non fortuite de ces deux affections, point de convergence d'où doivent partir à notre sens, les recherches neurobiologiques, neurophysiologiques et psycho-physiologiques de ces prochaines années à la recherche du pourquoi de ces manifestations.

CONCLUSIONS

Il nous semble que l'étude des relations entre l'Hystérie et l'Epilepsie n'est qu'à peine ébauchée, faute de données neuro-physiologiques et neurobiologiques.

Sur le plan historique, Hystérie et Epilepsie sont apparues dus l'Antiquité comme deux entités autonomes. Il faudra attendre le XIXè siècle pour que se pose aux cliniciens français en particulier, le problème des relations entre ces deux affections et de l'intrication chez un même sujet de manifestations hystériques et épileptiques. Problèmes auxquels se sont attachés tout particulièrement : LANDOUZY, GILLES de la TOURETTE, CHARCOT qui appellera à tort hystéro-épilepsie, les manifestations hystériques évoquant l'épilepsie. Les conceptions organicistes de Babinski et psychogénétiques de Freud, viendront élargir le fossé entre les deux affections, opposant l'épilepsie, affection organique, neurologique à l'hystérie, affection psychologique, bien proche pour la conscience populaire et médicale de la simulation.

Sur le plan clinique, les deux affections apparaissent à priori bien différentes, le diagnostic différentiel ne devant pas poser problème à une analyse séméiologique fine, d'autant que l'on peut s'appuyer en outre sur l'électro-encéphalographie.

En fait, les choses nous sont apparu moins simples :

Nous avons ainsi revu, en une année, dans le service du Docteur BOUTTIER, à L'hôpital Paul Brousse, I7 observations qui nous semblent illustrer la

la question des relations et de l'intrication de ces deux entités.

Nous avons divisé ces observations en plusieurs groupes : les deux premiers groupes constituent à notre sens de bons exemples des problèmes pratiques posés par les relations entre hystérie et épilepsie.

La première observation pose de nombreux problèmes en particulier, celui de crises comitiales généralisées sans perte de reconnaissance, celui des crises à déclenchement émotif, celui de crises comitiales chez un sujet dont l'immaturité affective, le comportement, l'existence de manifestations de conversion plaident en faveur d'une hystérie. Cependant cette observation nous est apparue moins typique d'hystéro-épilepsie au sens où nous l'entendons, que les observations suivantes.

La deuxième observation associe à une comitialité certaine, les troubles du caractère, des manifestations névropathiques et de conversion qui posent bien le problème des relations et de l'intrication entre hystérie et épilepsie.

La troisième observation est du même type, associant à une comitialité petit mal certaine, des manifestations névropathiques et des troubles du caractère importants.

Les trois observations suivantes posent le problème de l'intrication, fréquemment rencontré, entre manifestations de l'épilepsie temporale et manifestations hystériques. Intrications qui plaident à notre sens pour une entité unique, bien que de nombreux auteurs aient tranché dans ces cas pour l'épilepsie psycho-motrice prenant le masque de l'hystérie.

Notre quatrième observation, en particulier tout-à-tour considérée comme une grande hystérique ou une épileptique psychomotrice, nous apparaît comme très démonstratrice.

Nous avons ensuite envisagé dans un troisième groupe, le problème des sujets présentant des manifestations névropathiques, des crises "à la Charcot" chez qui

se pose le problème d'une comitialité. Dans notre première observation de ce groupe la comitialité est très probable, dans les deux autres, elle est plus douteuse.

Le quatrième groupe est de moindre intérêt. Si nous l'avons retenu, c'est parce qu'il avait en commun un point : une présentation et un contact du sujet, très évocateurs d'hystérie, qui associés à une comitialité certaine nous a paru rentrer dans le cadre de nos préoccupations.

Le dernier groupe est hétérogène, réunissant des observations qui, d'une manière ou d'une autre, posent un problème à la limite de notre sujet : problème ici du diagnistic d'un malaise, là de manifestations psychiques isolées, ailleurs de troubles du caractère associés à des pertes de connaissance, ailleurs enfin de fugues.

Dix sept observations donc, dont les neuf premières nous apparaissent au centre de notre sujet, les huit dernières étant plus frontalières.

A travers ces différentes observations, nous avons pu envisager les principaux problèmes posés par ces épilepsie et hystérie atypiques et le plus souvent intriqués chez un même sujet, tels que :

- les difficultés diagnostics posés par une crise convulsive atypique
- le problème des relations étroites existant entre manifestations de l'épilepsie psycho-motrice et de l'hystérie
- les crises à déclenchement émotif
- les troubles du caractère
- les manifestations de conversion
- l'imprécision du terme "malaise"
- le flou des biographies et des interrogatoires successifs.

Nous avons enfin envisagé dans ces cas limites, l'aide respective apportée par l'électro-encéphalographie et le test de Rorschach.

Il nous est apparu que la plupart du temps il nous était impossible de trancher entre les deux affections. Nous pensons que la clinique permet ainsi, d'isoler l'hystéro-épilepsie, entité clinique associant des manifestations comitiales authentiques, critiques et caractérielles à des manifestations hystériques non moins authentiques, troubles de la personnalité et manifestations de conversion, manifestations épileptiques et hystériques qui dans cette forme clinique nous semblent indissociables.

L'Hystéro-Epilepsie, telle que nous venons de la définir, est telle que, nous l'avons rencontrée, est pour nous un argument de poids en faveur d'une unité profonde ou tout au moins de relations étroites unissant hystérie et épilepsie, affections que nous ne sommes pas encore en mesure de définir autrement que sur un plan descriptif, et dont nous ignorons tout ou presque, au point de vue névro-biologique et neurophysiologique.

Vu, le Président de Thèse,

Professeur BOURGUIGNON

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur M. RAPIN

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. L'Epilepsie psychique. Société de Neurologie XI° réunion internationale. Rev. Neurologique I932. p. I20I-I2I6.

- AGGEARNES M. The différential diagnosis between hysterical and epileptic disturbances of consciousness or twilight states. Acta psychiat. Scandinav. I965. 4I supplé. I85 p. I - IOI.

- AJURIAGUERRA (J. de) La mentalité épileptique. Revue de psychologie appliquée I953. T. 3 p. I92 - 208.

- AJURIAGUERRA (J. de) Le problème de l'hystérie. Encéphale I95I. 60 n° I p. 50 - 87.

- AJZIMMAN G. L'Epilepsie psychique toxique. Thèse Paris I937.

- ALAJOUANINE JH. et GASTAUT H. La syncinésie, sursaut à déclenchement sensoriel ou sensitif inopiné. Bases physiologiques de l'epilepsie. Masson Paris I958.

- ALLENDE Y NAVARRO de Automatisme comitial et automatisme hystérique. Revue Neuro. psychiat. sept. I956. I9 n° 3 p. 332 - 343. (Résumé Français).

- ALLENDE Y NAVARRO de deux cas d'épilepsie chez le perroquet à la suite d'un choc psychique. Arch. Suisses de Neuro et Psych. I923. T. XII. p. 25.

- ALLIEZ H. Epilepsie psychique et lobe temporal. Evolution psychiatrique. I952. I p. 2I - 40.

- AUDISIO M. et PICAT J. Epilepsies. E.M.C. Psychiatrie, I969. 37 - 250 A IO.

- BABINSKI J. et FROMENT. Hystérie. Pithiatisme et troubles nerveux d'origine réflexe. Masson Paris I9I8.

- BARRE (MGA.) Hystéro Epilepsie. Revue Neurol. I932. 39 I270.

- BARUK H. Epilepsie et troubles de la pensée inférieure d'origine comitiale. Ann. Médico. Psych. I I933 I4° série T. I p. 32 - 5I.

- BARUK H. : L'Hystérie et les fonctions psycho-motrices.
C.R. Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française.
Bruxelle 1935 - Masson Paris 1936.

- BERT J., COURJON J. Considérations sur l'E.E.G. des hystériques.
Semaine des Hôpitaux de Paris - 1949. 25, n° 65. pp. 2.730 - 2.734.

- BLANC C. Le cerveau et les théories psychiatriques - Axiologie et épigénèse dans la névro-biologie des névroses.
Evol. Psychiat. 1964. T. XXIX fas. II p. 217-246.

- BONDUELLE M. et Coll. Automatismes de longue durée et fugues épileptiques chez l'adulte.
C.R. Congrès de psychiatrie et de névrologie de langue française - 61e session Nancy - 1963 - p. 1.020 - 1.151. Masson - PARIS 1964.

- BONNET et COURJON J. Manifestations psychiatriques de l'épilepsie temporale.
Rev. Névro. 1950 + II - p. 596-597.

- BOUDOURESQUES J., GASTANT H. Le mécanisme réflexe de certaines épilepsies temporales.
Soc. Franç. de Névrologie, séance du 4.3.1954. - Rev. Névro. 1954 - + 90. p. 157.

- BOURGUIGNON A. Névrophysiologie du rêve et théorie psychanalytique - Psychiatrie de l'enfant, 1968. 11 fas. 1 - p. 1 - 69.

- BOURGUIGNON A. Voie motrice et Vie Psychique.
Propos sur le rêve, la cataplexie et l'épilepsie.
A paraître dans l'Evolution Psychiatrique.

- BOURNEVILLE D.M. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie, l'hystérie et l'idiotie.
Dalabaye - Paris 1.878.

- BRISSET de, MAZET Ph., FORTINEAU J. Neurologie et psychosomatique - E.M.C. - Psychiatrie 1970, 37, 458. A 10.

- BRIFFAUT J.B. Rapports de l'hystérie et de l'épilepsie.
Thèse - Paris 1851.

- CADILHAC J. Hippocampe et Epilepsie.
A propos d'une série d'expériences sur le cobaye et le chat et de l'exploration électrique de la corne d'Ammon chez l'homme.
1 Vol. 205 p.

- CALVET P. Hystérie convulsive et épilepsie. Associations, formes de passage. Thèse Lyon, I928.

- CARETTE. Un cas d'hystérie. Epilepsie à crises séparées. Séance du I9 Mai I924. Bull. de la Soc. Clinique de santé mentale P. I32.

- CASTAIGNE P. Qu'appelle-t-on épilepsie ? Rev. du Prat. I968 T. I8 p. 4III - 4I23.

- CASTAIGNE P. Que reste-t-il de l'épilepsie essentielle ? Rev. du Prat. I968 T. I8 n° I8 p. 4307 - 43II.

- CHANCE. MRA. Convulsions dans une perspective biologique. in Psychiatrie annuelle p. 373 - 397. Des clées de Brouwer Paris I964.

- CHARCOT (JM) Les leçons du mardi à la Salpétrière. 3 volumes - Paris I887 - I889.

- CHAVANY J.A. Epilepsie. Masson I958.

- CLAUDE H. L'hystérie dans ses rapports avec divers états psychopathiques. L'Encéphale I932 T. 2 p. 449 - 467.

- COR MORDRET M. Etude Electro-encéphalographique comparative de différents groupes de névroses. Encéphale I964. 53 p. 356 - 368.

- CORNIL L. et coll. Les Epilepsies. Flammarion Paris I950. 352 p.

- CORNIL L., CREMIEUX A., GASTAUT H. Electro-encéphalogramme et crises nerveuses de l'enfant. Société de Neuro. Séance du 3 juillet I947. Rev. Neuro. I947. 79 n° 7. p.524.

- CORNIL L., GASTAUT H., ROGER E. La révèlation électro-encéphalographique des formes latentes de la maladie comitiale et leur contrôle thérapeutique. Sté. de Neurologie. Séance du 9 décembre I948. Rev. Neurol. I948 + 80 p. 781-783.

- CORSINO GM. et LUGARESI F. Contributo Electro-encéphalograp alla conscienza del problèma della cosidetta Istero- épilepsia. Riv. di Neurologia. I955 p. 627.

- COULONJOU R., JOSSELIN J.P. Epilepsie Bravais-Jacksonniene provoquee à volonté. Mécanisme réflexo-conditionné ou décharge convulsive réactionnelle probable. Rev. de Neuro. Psych. de l'Ouest I967 N° I7 p. I9 - 40.

- COURBON., MAGNAN Crise d'épilepsie à aura hystériforme. Bull. Soc. clinique d'hyg. mentale. Séance du 30 Avril 1927. p. 63.

- COVELLO L. La maladie épileptique et son "sujet" In "apport de la psychanalyse à la sémiologie psychiatrique". Rapport de psychiatrie. Congrès de psych. et Neuro. de langue Française 1970 p. 202 - 208, Masson Paris 1970.

- CRITCHLEY M. Musicogenic Epilepsy 1937 Brain, 60 p. 13 - 27.

- DAVILALES. Recherches statistiques sur les symptômes de l'accès épileptique. Thèse, Paris 1915.

- DELANGE M. CADILHAC J.C., LASSABOUI K. CADILHAC J., PASSOUANT P. Communication sur l'organisation du sommeil nocturne chez les Epileptiques. Société Electro-encéphalographique de Neuro-Physiologie de langue Française p. 27, 28, 5 - 61. Rev. Neuro. 1966. 115 p. 561 - 562.

- DELAY J. et coll. L'Electro-encéphalogramme des crises nerveuses, (hystérie ou épilepsie). Progrès Médical. 1950. 78 p. 571 - 576.

- DELAY J. et coll. Tétanie et hystérie. L'Encéphale 1961. 50 p. 437 - 449.

- DELAY J., MAILLARD., et BINOIS R. Automatisme comitial et automatisme pithiatique. Ann. Méd. Psycho. 1951. 109/II p.551-553.

- DELAY J., VERDEAUX G. et J. Les formes frustes et larvées de l'épilepsie psychique. Valeur de l'électro-encéphalogramme. l'Encéphale 1949. 38 p. 193 - 219.

- DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE J., PERSE J. Le test de Rorschach et la personnalité épileptique . P.U.F. Paris 1955.

- DELL M.B., LAIRY G.G. Epilepsie et névrose, problème électro-encéphalographique. Electro-encéphalographic and clinical neuro-physiological. 1960. 12 n° 2.

- DELTEIL A. L'Epilepsie larvée. Equivalent psychique. Thèse Montpellier 1898.

- DONDEY M., LAPLANE D. Le rôle de l'électro-encéphalogramme dans le diagnostic de l'épilepsie. Rev. Prat. I968. I8. p. 4I85- 4I92.

- DONGIER M., DONGIER S., GASTAUT H. La personnalité hystérique. Etude neuro biologique. CR. 3° Congrès mondial psychiatrie I960. p. 860 - 863. Masson, Paris I96I.

- DUBLINEAU J. L'hystérie infanto juvénile et la dynamique de la convulsivité, Rev. Neuro et Psychiat. infantile I959 N° 5-6 p.242-250.

- DUCOSTE. Sur un cas d'attaques épileptiques conscientes et mnésiques. Séance du I3.2.I9I7. Soc. clin. de Médecine Mentale. p. 59 - I02.

- EDELSON M. A case of hystero épilepsy successfully treated by deep analytic psychotherapy. Journal of mental science. I949 vol. 95 p. 388 - 402.

- EY H. Etude n° 26 T. II De sclée de Brouwer I959.

- EY H. Introduction à l'étude actuelle de l'hystérie. Historique et analyse du concept. Rev. du Prat. I964 XIV n° II p. I4I7 - I43I.

- FALRET J. Des théories de l'épilepsie. Vol. 5 I859.

- FALRET J. De l'état mental des épileptiques. I86I.

- FERE C. Les épilepsies et les épileptiques. Alcan. Paris I870.

- FERE C. L'épilepsie.

- FAUCRET M. Nuances somatiques à l'origine de l'hystérie. Thèse Lille I960 cité dans Ann. Neuro psych. II9/5 p. 595-596. I964.

- FISCHGOLD H., HECAEN H., BRISAC C. L'électro-encéphalographie peut-elle préciser les limites de l'épilepsie ? Rev. Neurologique I948. 80 n° 4 p. 274.

- FLOURNOY. Epilepsie émotionnelle. Arch. de Psych. Suisse I9I3 I3. p. 49.

- FOLLY. Utilité de l'hyperpnée expérimentale dans le diagnostic des crises nerveuses. Séance du I9 Novembre I923. Bull. soc. clinique de Méd. mentale p. I9I.

- FOLLIN S. Les états oniroïdes. Essai de psychopathologie et de phénoménologie clinique. Rapport de psychiatrie au 6I ° congrès de psychiatrie et neurologie de langue Française. Nancy I963. Masson, Paris.

- FONTAINE M., LEROY Cl. Epilepsie spontanée des animaux domestiques, épilepsie de groupe, hystérie et hystéro-épilepsie chez les animaux domestiques. in psych. animale p. 390 - 42I. Desclée de Brouwer Paris I964.

- FRANCKE J.S. Les bases anatomo physiologiques de l'hystérie à propos de recherches électro-encéphalographiques dans l'auto-hypnose. (en Hollandais).

- FREMONT, SMITH (fr). The influance of émotions in précipitating convulsions. American journal of psychiatrie I934 I3 p. 7I7.

- FREUD S. La naissance de la psychanalyse - P.U.F. Paris

- FREUD S. et BREUER J. Etudes sur l'hystérie - P.U.F. Paris

- FROMENT J. Le problème de l'hystérie et ses dilemmes. Arch. de Neurologie. Bucarest I938. II° année n° I.

- GALLAIS P., PLANQUES L., MILETTO G. Mesure du seuil myoclonique dans l'hystérie. Rev. Neuro. I950. 82 p. 587 - 597.

- GASCARD L. Contribution à l'étude des crises convulsives. La crise hystéro-épileptique existe-t-elle ? Thèse de Bordeaux I920. Cité dans Rev. Neuro. I920. p. I245.

- GASTAUT H. Epilepsies. EMC. Neurologie I963. I7045. AI0,20,30,40.

- GASTAUT H. et GASTAUT Y. Formes cliniques des syncopes vago-vagales, leur différenciation d'avec l'épilepsie. Rev. Neuro. I956. 95/6 p. 548 - 549.

p. 949 - 959.

- GASTAUT H. et GASTAUT Y. Corrélations électro-encéphalographiques et cliniques à propos de 100 cas d'épilepsie psychomotrice avec foyers temporaux. Sté Française de Neurologie 4 Avril 1950. Rev. Neuro. 1950. T. 83 p. 141.

- GASTAUT H. et coll. Etude électro-encéphalographique et clinique des crises d'angoisse diurnes et nocturnes. Sté d'électro-encéphalographie, séance du 12.6.1963 REV. Neuro. 109 /3 p. 333

- GASTAUT H. L'Epilepsie photogénique. Rev. Prat. 1951 I p. 105-109.

- GASTAUT H., ROGER J., SOULAYROL R., TASSINARI CA. Diagnostic différentiel des crises épileptiques, les crises nerveuses non épileptiques. EMC. Neurologie 1963. 17 045 A 60.

- GASTAUT H., TERLIAN H., MAQUET et LUSCHMAT M. Corrélations entre les "automatismes" des crises temporales et les phénomènes électro-encéphalographiques qui les accompagnent. 18° Rev. de Neuro. Internation. Résumé du 7.8.1952. Rev. Neuro. 1952 T.86 p. 678 - 682.

- GASTAUT H., MAQUET R., VIGOUROUX, ROGER A., BADER M., Etude électro-graphique des décharges épileptiques dites "psychomotrices". Rev. Neuro. 1953. 88, p. 310 - 353.

- GASTAUT H., REGIS H. et coll. Etude électro-encéphalographique de 35 sujets ayant présenté des crises au cours d'un spectacle télévisé. Sté Française de Neurologie séance du 5.5.1960. Rev. Neuro. 1960. 102 , p. 533-534.

- GASTAUT H., CRICHEL E., REGIS H., Etude électro-clinique d'une méningo-encéphalité virale évoluant vers une épilepsie psychomotrice à déclenchement affectif. Rev. Neuro. 1957. 97 N° 2 p. 102 - 108.

- GASTAUT H., ROGER S., LEFEVRE M. Differenciations psychologiques des épileptiques en fonction des formes électro-cliniques de leur maladie. Rev. de Psycho. appliqué, 1953. 3, p. 237 - 249.

- GILBERT-ROBIN L'Epilepsie chez l'enfant et le caractère épileptoïde. I volume 146 p.

- GILLES DE LA TOURETTE Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie. Hystérie Paroxystique - 2 volumes Paris 1895.

- GIRARD. Un cas de crises épileptiformes guéri e par l'interpré-tation des rêves. Rev. Méd. de l'Est 62, 6. p. 307.

- GOTTA H. Tétanie et épilepsie. Presse médicale I953 p. 609-6II.

- GOWERS W.R. De l'Epilepsie et autres maladies convulsives chroniques. Paris, Masson I883.

- GUILBERT., MOVILLON., SALES et BEAUSEIGNEUR. Conduite hystérique et épilepsie. Discussion à propos de l'analyse clinique, psychologique et artistique de quelques observations. Compte rendu du Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française 63° Session, Lausanne I965, p. 323 - 33I Masson, Paris I966.

- GUILLAIN G. Il est injustifié et erroné d'oublier l'oeuvre de J.M. Charcot sur l'hystérie et les névroses. Sem. des Hôp. de Paris I949 27 p. I47 - I60.

- GUILLAUME J., DROGUET P., DJINDJIAN R. Remarques cliniques et chirurgicales relatives à deux angiomes cérébraux opérés et guéris. Soc. Franç. de Neurologie . Séance du 7.XI.I957. Rev. Neurol. 97.II 5. p. 376 - 379.

- HARTENBERG P. Les émotions peuvent-elles produire l'épilepsie ? Vie médicale I927 n° 8. p. 63 - 65.

- HAUMONTE Th., SOMMER A., FONCINE J.F. Automatisme comitial mnésique. Etude clinique et électro-encéphalographique. Réunion psychiatrique de l'Est; Séance du I3.5. I96I Ann. Médic. Psychol. I96I. II9/II.p.

- HELMAN Z. Mentalité projective et épilepsie sensorialité. Psychopathologie de l'épilepsie de H. Wallon et F. Minkowska. Ann. Médico. Psychologique I957. II5/I p. 243 - 258.

- HELMAN Z. Rorschach et électro-encéphalogramme chez l'enfant épileptique. I959. I volume.

- HEUYER G. et DUBLINEAU J. Les convulsions de l'enfance dans leurs apports avec l'épilepsie. Arch. médic. de l'enfant I932. 35. p. 645 - 65I

- HOMMES O.R. Psychomotor élipelsy : a neurological approach to hystéria. Psychiat. Neurol. neuroch. I964. 67 p. 494-5I9.

-

- ISRAEL L., ROHMER E. et coll, "L'E.E.G. des hystériques. Corrélations entre certains aspects de la personnalité hystérique et les grapho-éléments ". Rev. Neuro. I959. IOI. 3 p. 442-445.

- JAMPOLSKY P. La contribution de la méthode des tests à la connaissance de l'épilepsie. Rev. Neuro. Psych. Infantile. I958 p. 503 - 5II.

- JANET P. L'état mental des hystériques. Les stigmates mentaux. I volume. I892.

- JANET P. Contribution à l'étude des accidents mentaux chez les hystériques. Thèse Paris. I893.

- JANET P. Les névroses I909.

- JENSEN R.A. The importance of the émotional factor in the convulsives disorders of children. American journal of psychiatry. I947. IO4 p. I26 - I3I.

- JOUVE S. Sept observations d'hystérie de conversion dans un service de médecine générale à orientation psycho-somatique. Thèse Paris. I964.

- KAMMERER Th., SINGER L., ISRAEL L. Manifestations hystériques et troubles de la conscience au cours de processus cérébraux multiples. Cahiers de psychiatrie n° II et n° I2 p. I - I2.

- KAMMERER Th., EBTINGER R., KURT D., FRANCOIS J. Hystéro-épilepsie post traumatique. conséquences dramatiques d'un état crépusculaire. Ann. médico. psychol. I962. I20 n° 4 p. 587

- KAMMERER Th., SINGER M.L., GEISSMAN P., MICHEL C. Présentation d'une malade de I4 ans atteinte d'hystéro-épilepsie. Ann. médico. psycho. I962. I20 n° 4 p. 587.

- KAMMERER Th., SINGER L., ISRAEL L. Un nouveau cas de syndrome hystérique (amaurose) avec importantes anomalies électro-encéphalographiques. Ann. médico. psycho. I958. II6 n° I p. I57.

- KLOTZ H.P. Tétanie et épilepsie. Bull. mensuel de la soc. médic. des Hôpitaux de Paris. I953. p. 276 - 282.

- KOENER E. Hystérie 'nfall der Epilepsie. Deut. méd. Wocheusch I932. XVIII n° 36. p.I40I.

- KOUPERNIK C., BORDES J. Facteurs organiques dans l'hystérie. Confrontations psychiatriques I968. n° I. p. 67-83. Spécia. édit.

- KOUPERNIK C. Le problème de la personnalité épileptique. Bull. de psycho. I960. Vol. I4 p. 92 - 98.

- KRAPF E. " Physiogénése et psychogénèse des états convulsifs". Evol. psych. I955. 3 p. 607 - 622.

- LACHIN R., TAVRY M. Etude de la localisation des anomalies électriques au cours des épilepsies présentant une déviation conjuguée de la tête et des yeux. Rev. Neuro. I950. 82 p. 5I7-5I9.

- LAFFONT. Crises hystéro-épileptiformes mentruelles. Ablation du ligament large. Guérison définitive. Alger. Médic. I933. n° 7I p. 735.

- LAIRY G.C. La décharge convulsive réactionnelle. Evol. psych. I955. 3 p. 430 - 455.

- LAIRY G. Déclenchement réflexe de l'activité convulsive Rev. Neuro. I955. 3. p. 484.

- LALISSE A. Etude électro-encéphalographique de la névrose hystérique. Rev. Neuro. Psych. I959. 7. p. 236 - 242.

- LALLEMAND A.J. Rapports cliniques de l'hystérie et de l'épilepsie. Thèse, Montpellier I92I.

- LANDOUZY H. Traité comrlet de l'hystérie. I Vol. I846.

- LANTER R. L'Hystéro-épilepsie. Cahiers de psychiatrie. I947. fasc. I. p. 88.

- LAGACHE D. Psychanalyse et structure de la personnalité. La Psychanalyse, 1956, 2, p. 5-54.

- LAGACHE D. Le problème du transfert. Bull. Psychol., 1951, 4, p. 541-553.

- LAGACHE D. Le travail du deuil. Paris, Payot, 1938, 192 p.

- LAPLANCHE J. Hölderlin et la question du père. Paris, P.U.F., 1961, 252 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques I. L'angoisse. Paris, P.U.F., 1980, 240 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques II. Castration-symbolisations. Paris, P.U.F., 1980, 260 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques III. La sublimation. Paris, P.U.F., 1980, 280 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques IV. L'inconscient et le ça. Paris, P.U.F., 1981, 280 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques V. Le baquet. Transcendance du transfert. Paris, P.U.F., 1987, 300 p.

- LAPLANCHE J. Nouveaux fondements pour la psychanalyse. Paris, P.U.F., 1987, 240 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques VI. L'après-coup. Paris, P.U.F., 1988, 300 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques VII. Le primat de l'autre en psychanalyse. Paris, P.U.F., 1989, 300 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques VIII. La traduction inconsciente. Paris, P.U.F., 1992, 300 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques IX. Le refoulement originaire. Paris, P.U.F., 1993, 300 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques X. Le primordial. Paris, P.U.F., 1994, 300 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques XI. Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud. Paris, P.U.F., 1994, 300 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques XII. Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud. Paris, P.U.F., 1994, 300 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques XIII. Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud. Paris, P.U.F., 1994, 300 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques XIV. Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud. Paris, P.U.F., 1994, 300 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques XV. Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud. Paris, P.U.F., 1994, 300 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques XVI. Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud. Paris, P.U.F., 1994, 300 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques XVII. Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud. Paris, P.U.F., 1994, 300 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques XVIII. Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud. Paris, P.U.F., 1994, 300 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques XIX. Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud. Paris, P.U.F., 1994, 300 p.

- LAPLANCHE J. Problématiques XX. Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud. Paris, P.U.F., 1994, 300 p.

- LAPLANE D. Les pertes de connaissance des hystériques. Rev. Prat. 1965. 15. p. 59 - 63.

- LAPLANE D. La grande crise d'épilepsie généralisée. Rev. Prat. 1968. 18. p. 4125 - 4128.

- LAPLANE D. Les crises motrices. Rev. Prat. 1968. 13. p 4129-4133.

- LAPLANE D. Les crises sensitives. Rev. Prat. 1968. 18 p. 4135-4139.

- LAPLANE D. Manifestations psychiques des crises d'épilepsie. Rev. prat. 1968. 18. p. 4149 - 4153.

- LAPLANE D. L'épilepsie réflexe. Rev. Prat. 1968. 18 p. 4167 - 4168

- LAPLANE D. L'épileptique entre les crises. Rev. Prat. 1968. 18. p. 4205 - 4207.

- LAUNAY Cl. col. Ch. L'hystérie chez l'enfant et l'adolescent. Rev. Prat. 1964. 14 p. 1473 - 1480

- LAURAS A. Symptômes et critères diagnostiques de l'hystérie. Rev. Prat. 1964. 14. p. 1443 - 1457

- LEGRAND du SAULLE H. De l'hystéro-épilepsie. 1855.

- LEGRAND du SAULLE H. Les hystériques. Etat physique et état mental. 1883.

- LEME LOPES J. Les problèmes généraux de la psychologie de l'épilepsie. Rev. de psycho. appliquée 1953. 3. p. 170 - 189.

- LEMPERIERE Th. L'état mental intercritique dans la comitialité Thèse. Paris 1953 .

- LEMPERIERE Th., PERSE J., ENRIQUEZ M. Symptômes hystériques et personnalité hystérique (étude clinique et psychométrique). Compte rendu congrès psych. et neurol. de langue française. Lausanne 1965. p. 77 - 198. Masson Paris 1966.

- LENNOX WG. Epilepsy and related disorders. Churchill, London,1960.

- LEY A. Dédoublement de la personnalité et hystéro-épilepsie. utilitaire. Ann. méd. psycho. 1931. 93. p. 305.

- LIBERSON W. Emotional and psychological factors in épilepsy : physiological background. The American Journal of Psychiatry 1955. 112. p. 91 - 105.

- LISKE E., FORSTER M. Pseudo seizures à problem in the diagnosis and management of épileptics patients. Neurology 1964. 14. p. 41-49.

- MAHOUDEAU D., DAUM S., MOURY A. Altérations électro-encéphalogiques de type comitial chez un malade présentant des accidents nerveux d'allure pithiatique. Bull. médico. soc. des Hop. de Paris. 1952. 68. n° 14-15. p. 511 - 516.

- MANCEAUX A., SUTTER J., BERAUD J. Manifestations épileptiques et hystériques chez la même malade. Intérêt du Cardiazol test Ann. méd. psycho. 1948. 5/ I p. 595.

- MARCHAND L., AJURIAGUERRA J de. Les épilepsies. I Vol. 1948.

- MARCHAND L. Du rôle des émotions dans la pathogénie de la crise épileptique. Médecine 1927. 8 p. 364 - 372.

- MARCHAND L., AJURIAGUERRA J. de . Un cas d'épilepsie réflexe. Rôle prépondérant de l'élément surprise. Ann. médico.psycho.1942. 100 / I p. 145.

- MARCHAND L., BRISSOT M. Epilepsie convulsive et psycho-motrice. Suspension des accidents sous l'influence d'états affectifs. Sté médico.psycho. séance du 9.7.1956. Ann. médico.psycho. 1956. 114 /II p. 450 - 453

- MARCHAND L., PETIT G. Crises conscientes et mnésiques d'épilepsie convulsive. Séance du 18.XI.1912. Bull. soc. clin. de méd. mentale 1912. p. 289.

- MARCHAND, LONGUET, ANGLADE. Boîterie pithiatique chez un débile épileptique. Ann. médico. psycho. 1937. 95 /I p. 434

- MARINESCO G. Contribution à l'étude du mécanisme physiopathologique de l'hystérie. journ. médic. de Lyon 1936. 113. p. 411.

- MARINESCO G. A propos de l'article de M. Froment "l'hystérie après Babinski". Contribution à l'étude du mécanisme physiopathologique de l'hystérie. Journ. médic. de Lyon 1936. 113 n° 16

- MARVIK. Psycho-analytical investigation of hystero-épilepsy. Folia psycho neuroloagy of Japon. I953. p. 23I - 235.

- MATARAZZO F. In tema di "istério épilessia". Rass. di neuro psychiatira I949. 3. p. 328 - 350.

- MEYER L. A propos d'un cas clinique de psychose hystéro-épileptique. Evol. psych. I966. 3I. p. 58I - 60I.

- MICHAUD A. La convulsion des crises hystériques et épileptiques en médecine légale militaire. Thèse Bordeaux. I923.

- MICHAUD H. Du rôle des émotions dans l'étiologie de l'épilepsie. Thèse Paris I906.

- MICHAUX L., KOUPERNIK C., LELORD F. et coll. Etude du conditionnement électro-encéphalographique, son - lumière chez les jeunes hystériques. Rev. Neuro-psych. inf. I959. 7, p.260- 268.

- MICHAUX L., GALLOT M.M., LEMPERIERE Th., JUREDIEU C. Considérations psycho-pathologiques sur une épidémie d'hystérie convulsive dans un internat professionnel. Arch. Franç. de Pédiat. I952. 9 p 987-990.

- MINKOWSKA F. La constitution épileptoïde est le trouble générateur de l'épilepsie essentielle. Evol. psych. I932. N° 4 p.69-79.

- MINKOWSKA F. Le test de Rorschach dans l'épilepsie essentielle. Ann. médic. psycho. I944. I02 / II p. 545.

- MINKOWSKA F. L'épilepsie essentielle, sa psycho-pathologie et le test de Rorschach. Ann. médic. psych. I946. I04 /II p. 32I.

- MINKOWSKI E. Quelques remarques générales sur les troubles organiques et fonctionnels en Neurologie (extrait du volume jubilaire en l'honneur du Professeur MARINESCO. Bucarest I933.)

- MINKOWSKI E., FUSSWERK J. Le problème Dostoïewski et la structure de l'épilepsie. Ann. médic. psych. I955. II3/II p.369-409.

- MOREAU DE TOURS. De la folie hystérique et de quelques phénomènes nerveux propres à l'hystérie convulsive, à l'hystéro-épilepsie et à l'épilepsie. I vol. I865.

- MULLER C. Epilepsie et hystérie (problème historique et d'actualité). Rev. médecine Suisse Romande Fev.1962 82 n°2 p.98-102.

- MYR B.A.J. Contribution à l'étude des rapports entre tétanie et épilepsie. Thèse Paris 1958.

- NICK J., GRASSET A. Crises d'épilepsie déclenchées par l'introduction de liquides dans la cavité buccale. Rev. Neurol. 1962. 107 p.81.

- OLLER DAURELLA L. Crises épileptiques de longue durée Rev. Neuro. Psyc. Inf. 1970. N° 78 p. 547- 553.

- PAILLAS J., GASTAUT H., TAMALET J. Les fausses absences d'origine temporale (à propos de 13 observations anatomo-cliniques avec contrôle électro-encéphalographique. Soc. de Neurologie Séance du 7.4.1949. Rev. de Neuro 1949 vol.81.

- PALAZZUOLI M. Sudi un caso di associazono istéro-épileptia et ipotesi concernanti l'isteria. Rev. de Prat. neuro. et ment. 1955 76. p. 466 - 478.

- PARFITT D.V. Epilepsie and hysterie. Lancet 252 n° 64. 50 p. 483

- PASSOUANT P., LATOUR H., CADILHAC J. L'épilepsie morphéique. Ann. médico. psycho. 1951 109/II p. 526 - 540.

- PELTRE. Etude médico-psychologique sur le caractère, les moeurs et les habitudes des épileptiques (hommes) 1869 I Vol.

- PENFIELD N., JASPER H. Epilepsy and the fonctional anatomy of the human Brain. London 1954.

- PERRIS G., ROVETTA L. Istero-epilessia ad isterismo con disritmie erlectro-encéphalografiche. II. Lov. Neuro. psichiat. 1956. 19. p. 361 - 365.

- CZEKUS DĄBROWSKA I. Ctenus Cyclocephalus do Iguana Dumb.

- JANIGAS I., WEISSING H., ZAVELAT I. Die Thuson chemische d' Thiano
Temperatur 1 ß Dauer de 13 chemischen an strukturo-chinolines neue
T. 1.1974. Ber. Zu Deuro Ivol vol.61.

- Dimmler D.V. Cyclopedic and hydrants. Journ. ETC n° 85. 50 p. 20C

- Jaeschke I., Lemke H., Oelschlag I. Hydrologie morphologie.
Phys. medizin. physics. 1981 IOZ/11 p. 365 - 560.

- Lemmer. Tiede volkswirtschaftliche Ja crystalls, Les sources
of the Publication des Cyclocephalus (Coleoptera) 1980. 1 Vol.

- Lemmerz N., Jaeger H. Epilepsy and the Occult and medical

Weiss B., Mosmer I. Ethno-equivalents ed Isolation con Ilcristals

- PICHOT P. Histoire des idées sur l'hystérie. Confrontations psychiatriques I968. n° I p. 9 - 28. Ed. Spécia.

- PICHOT P., PERSE J., LEMPERIERE Th. Contribution à l'étude expérimentale de la psychologie de l'épilepsie. Rev. de Psycho. appliquée. I953. 3 p. 250 - 259.

- PIERCE CLARK L. A Psychological interprétation of essentiel epilepsy. Brain I920. I8 p. 38.

- PLATTARD G. Emotions et troubles toniques paroxystiques. Thèse Paris I946.

- PRINGUET G. Astasie-Abasie par stasophobie chez un arriéré épileptique, (hystéro-épilepsie). Rev. Neuro. Psych. infant. I952. IO. p. 295 - 300.

- PROPPER M.J. Nature neuro-humorale de l'épilepsie. Rev. Neurologique. I938. T. II. p. 332.

- RABE F. Hysterische anfellabei epilepsie. Neuronaty I966. 37. p. I4I - I47.

- RAUSCH de TRAUTTENBERG. Rorschach d'enfants et d'adolescents épileptiques. Rev. de Psycho. appliquée. I953. 3. p. 288- 294.

- RICHER P. Etudes cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie. Paris I volume I88I.

- RIMBAUD L., SERRE H., PASSOVANT P. Hystérie et épilepsie. Montpellier médic. Mars Avril I943. 23.-24. p. I42 - I46.

- ROCAND J.C., GRAVELEAU D., ETIENNE M., LE BALLE J.C. , LAPLANE R. Epilepsie à déclenchement émotif. Ses rapports avec l'hystéro-épilepsie et l'épilepsie réflexe. A propos d'une observation. Suppl. Ann. péd. (supp. sem. Hop. Paris), juin - juillet I965, 4I, n° 36-37 I582/p 434 - I587/ p. 489.

- ROGER H., DUTLAY J., GASTAUT H. L'électro-encéphalogramme des épilepsies temporales gauches. Rev. Neuro. I948. 30 p. 6I7.

- RORSCHACH. Psycho-diagnostic. Paris P.U.F. I947.

- ROYO D. Comparaison du Scatter des épileptiques et des normaux du Weschler-Bellevue. Rev. de Psycho. appliquée. 1963. 13. p. 37-53.

- SAL Y ROSAS F. Contribution expérimentale à la pathogénie de la épilepsia y de la hysteria. Rev. Neuro. Psiquiatria. 1942. p. 450 - 452.

- SARAZIN. Un cas d'hystéro-épilepsie. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. 1920. p. 188.

- SAUGUET H. DELAVEYER R. Rôle des facteurs psychiques dans les convulsions infantiles et les paroxysmes épileptiques au cours de l'enfance et de l'adolescence. Ann. Médic. Psycho. 1963. 121 n° 5 p. 760 - 827.

- SCHACHTER M., COTTE A. Psycho diagnostic de Rorschach et épilepsie infanto juvénile. Ann. Neurologie 1953. 59. P. 427 - 440.

- SCHNEIDER P.B. Etude épidémiologique d'une population d'hystériques. CR. Congrès Psych. et Neuro. de langue Française. Lausanne 1965. Masson Paris 1966.

- SIMARRO., PUIG J. Forme de passage et transition entre l'épilepsie l'hystéro-épilepsie et l'hystérie (en espagnol) Rev. Clin. Esp. 1955 58. p. 296 - 298 (rés. Français).

- SMITH., ELY., JELLIFFE. Les concepts dynamiques et la crise épileptique. L'encéphale. 1937. II. p. 15

- SOMMER A. Contribution à la caractérisation et à la délimitation de l'hystérie. Rapports des symptômes et de la personnalité hystérique. Cahiers de Psychiatrie 1948. Fasc. 2 p. 107 - 141.

- SOREL H. Les manifestations épileptiques. Newalaert. Louvain 1961.

- SOREL L. Crises de brève durée à expression psychique. Rev. de Neuro. Psych. Infant. 1970. n° 7-8, p. 531-546.

- SOSSERGER., STAMBAK M., ZAZZO R. La valeur diagnostique du facteur P. chez les épileptiques. Rev. de Psycho. appliquée 1953. T. 3. p. 277 - 282.

- STAUDER K.M. Konstitution and Wesen sön dervung der Epileptiker. I vol. I938.

- STEVENS J. Emotional activation of the électro-encéphalogram in patients with convulsive disorders. The journal of Neuro and mental disease. I vol. I959.

- STUBBE., TEGLBJAERG H. On musicogenic Epilepsy. Act. Psychiatica et Neuro. I949. 24 p. 679 - 688.

- SUTTER J.M. et coll. Aspects cliniques des accidents hystérique Confrontations Psychiat. I968. n° I. P. 29 - 52. Ed. Spécia.

- THOMAS A., AJURIAGUERRA (J. de), MALEYRIE R. Epilepsie réflexe, rôle des excitations auditives et tactiles. Ann. médic. Psycho. I945. I03/II p. 52.

- TINANT M. Corrélations électro-cliniques de I50 cas de crises nocturnes. Rev. Neuro. I956 94 p. 88I.

- TISSOT S.A. Traité de l'épilepsie. Grasset. Lausanne I873.

- TITECA J. Etude électro-encéphalographique de 2 cas d'anesthésie hystérique. Journal Belge de Neuro. et Psy. I938. T.I. p. 442.

- TORRIGLIANI G., VERCESI G. Aspect particulier du tracé électro-encéphalographique chez quelques sujets présentant des manifestations psychopathologiques du type hystérique.Riv.Pat.Neru. ment. I965. 86 n° 5 p. 635 - 655.

- TOURNEUX J. Altérations de l'ovaire envisagé comme de l'hystéro-épilepsie. T. 68. I877.

- VAN BOGAERT C. L'hystérie et les fonctions d'encéphaliques. Etude neurologique. CR. Congrès des Med. Alien. et Neuro. de Langue Franç. Bruxelles I935. p. I69/229. Masson Paris I936.

- VAN REETH. Pch. Un cas d'épilepsie temporale auto-provoquée et le problème de l'auto-stimulation cérébrale hédonique. Arch. Neurolog. et Pichiatica Belgica. I959. 59 p. 490 - 495.

- VERCELEITO. Corrélations électro-cliniques de IOO cas de syncopes. Rev. Neurol. I960. I03 . p. 223 - 227.

- VIDART L., GEIER S. Bilan de l'étude télé - EEG de sujets adultes épileptiques. Rev. Neuro. I969. T. I30 n° 6, p. 429

- VIDART L., GEIER S. De l'épilepsie à l'épileptique. Etude télé-EEG de sujets adultes épileptiques. Ann. médico. Psycho. I970. T.I. p. 489.

- VILLECHENOUX C. Le cadre de la folie hystérique de I870 à I9I8. Thèse Paris I968.

- VILLEY G. Le syndrôme hystéro-épilepsie. Ann. Médico. Psycho. I937. 95. p. 386.

- VISSER SL. The Electro-encephalogram in the various phases of hysterical psychosis. Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia. I965. 68. p. 347 - 354.

- WORSTEK. DROUGHT C. Hystéro Epilpesie. A. M.P. I935. 93 p. I43

- VAN RIJTEN. Pcb. Un cas d'épilepsie temporale auto-provoquée et le problème de l'auto-stimulation cérébrale. Acta Neurolog. et Psichiatrica Belgica. 1960. 59 p. 120 - 135.

- VENCELETTO. Commotions électro-cliniques de 100 cas de syncopes. Rev. Neurol. 1960. 103 . p. 283 - 287.

- VIDART L., GELEN S. Bilan de l'étude télé - EEG de sujets adultes épileptiques. Rev. Neuro. 1959. T. 100 n° 6, p. 439

- VIDART L., GELEN S. De l'épilepsie à l'épileptique. Etude télé-EEG de sujets adultes épileptiques. Ann. médico. Psycho. 1970. T.I. p. 439.

- VILLEDEMOUX C. Le cadre de la folie hystérique de 1870 à 1918. Thèse Paris 1968.

- VILLEY C. Le syndrome hystéro-épileptoïde. Ann. Médico. Psycho. 1937. 95. p. 386.

- VISSER SE. The Electro-encephalogram in the various phases of hysterical psychoses. Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia. 1965. 68. p. 347 - 354.

- WORSTER. DROUGHT C. Hystéro Epilepsie. A. M.P. 1935. 85 p. 143